REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO
Servizio
Socio Sanitario
Regionale

Relazione Socio Sanitaria Della Regione Del Veneto

Anno 2025
(Dati 2024)

Relazione Socio Sanitaria
RSSR 2025

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Premessa

Il 2024 è stato un anno cruciale per il Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto, segnato dalla prosecuzione delle riforme avviate negli anni precedenti e dalla progressiva concretizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La nostra Regione ha proseguito il proprio impegno per garantire ai cittadini un sistema sanitario accessibile, di qualità, sostenibile e capace di rispondere in modo tempestivo ai nuovi bisogni di salute, in un contesto economico e sociale in continua evoluzione.

Abbiamo affrontato sfide significative: la carenza di personale sanitario, l'aumento della domanda di prestazioni e la conseguente gestione organizzativa per rispondere alla domanda, la riorganizzazione delle attività sul territorio e la necessità di accelerare l'innovazione digitale e organizzativa. Tuttavia, la solidità del nostro sistema, unita alla visione strategica della programmazione regionale, ci ha consentito di attuare anche ulteriori riforme e di valorizzare appieno le risorse nazionali ed europee a disposizione.

Con questa Relazione, intendiamo restituire un quadro trasparente e puntuale dell'attività svolta e dei risultati raggiunti nell'anno 2024 nella consapevolezza che solo attraverso il monitoraggio costante e la condivisione con cittadini, operatori e istituzioni si possa continuare a costruire un Servizio Socio Sanitario sempre più efficiente e vicino ai bisogni delle persone.

L'Assessore a Sanità - Servizi sociali - Programmazione socio-sanitaria
Manuela Lanzarin

Introduzione

In un contesto nazionale ancora impegnato ad affrontare le transizioni demografiche, tecnologiche ed economiche, il Veneto ha continuato anche nel 2024 a investire nella resilienza e nell'evoluzione del proprio sistema socio sanitario.
Tra le priorità di quest'anno, tre ambiti si sono imposti con urgenza e rilevanza strategica. Un ambito prioritario soprattutto in termini di impatto sul cittadino è stata l'organizzazione e gestione dell'erogazione di prestazioni specialistiche nei tempi di attesa previsti. Il SSSR ha consolidato e rafforzato le azioni già avviate negli anni precedenti, con interventi mirati su prestazioni a priorità B e D, visite specialistiche, diagnostica per immagini e chirurgia ambulatoriale.
Nel 2024 sono stati potenziati i sistemi di monitoraggio informatizzati che, attraverso il monitoraggio mensile degli scostamenti e l'impiego di indicatori di performance aziendale, sono stati strumenti fondamentali per migliorare l'accessibilità e la trasparenza verso i cittadini.
L'ambito della gestione del personale, la disponibilità e la valorizzazione del personale sanitario sono rimasti alcuni dei principali temi per il SSSR. Il 2024 ha visto un incremento delle azioni regionali volte a valorizzare il ruolo di medici, infermieri e operatori sanitari e a mitigare gli impatti della carenza di professionisti. Sono state potenziate le politiche per l'assunzione a tempo indeterminato, i percorsi di formazione continua, nonché gli incentivi per il reclutamento nelle aree disagiate.
L'ultimo ambito prioritario è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che ha rappresentato nel 2024 una leva strutturale per la trasformazione del sistema sanitario veneto. È proseguita la realizzazione degli interventi previsti dalla Missione 6, con l'apertura di nuove Case della Comunità e Ospedali di Comunità, il rafforzamento delle Centrali Operative Territoriali (COT), lo sviluppo della telemedicina e l'avvio della sperimentazione per il servizio del 116117.
In parallelo, la Regione ha introdotto strategie organizzative per l'ottimizzazione delle risorse attraverso il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio con l'adozione di sistemi informativi e strumenti digitali innovativi e unici a livello regionale, che hanno rappresentato un elemento chiave per migliorare la programmazione delle attività e la qualità dell'assistenza.
Tali trasformazioni, ancora in corso, richiedono un accompagnamento attento in termini di governance, formazione del personale e coinvolgimento delle comunità locali, affinché si traducano in un effettivo miglioramento dell'equità e della prossimità delle cure ed è grazie alla professionalità e alla dedizione dei professionisti che operano ogni giorno che il Servizio Socio Sanitario regionale continua a essere considerato come uno dei migliori in Italia sia nell'ambito del sistema di valutazioni del Ministero per la garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sia da sistemi che misurano la performance di soggetti terzi.

Il Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Massimo Annicchiarico

Popolazione e salute

1. Popolazione residente e indicatori demografici 1

1.1 Popolazione residente per età e sesso 3

1.2 Movimento demografico della popolazione residente 8

1.3 Speranza di vita 10

1.4 Fecondità 12

2. Salute della popolazione e stili di vita 17

2.1 Abitudine al fumo 19

2.2 Consumo di alcol 24

2.3 Attività fisica 28

2.4 Stato nutrizionale 32

2.5 Rischio cardiovascolare 36

2.6 Diseguaglianze di salute 41

2.7 Sicurezza stradale 45

3. Mortalità generale e per causa 49

3.1 Mortalità generale 51

3.2 Mortalità per causa 55

4. Malattie infettive 59

4.1 Infezioni respiratorie acute 61

4.2 Malattie infettive 65

5. Malattie cardiovascolari 69

5.1 Infarto miocardico acuto 71

5.2 Ictus 74

5.3 Scompenso cardiaco 78

6. Tumori 82

6.1 Incidenza 84

6.2 Sopravvivenza 88

6.3 Mortalità 94

6.4 I tumori nei bambini e negli adolescenti 97

7. Malattie respiratorie 103

7.1 Asma 105

7.2 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) 109

8. Diabete e altre malattie endocrine 113

8.1 Diabete mellito 115

8.2 Ipotiroidismo 119

9. Malattie del sistema nervoso 123

9.1 Demenze 125

9.2 Malattia di Parkinson 129

9.3 Sclerosi multipla 133

10. Insufficienza renale cronica 137

11. Salute mentale 142

11.1 Disturbo bipolare 144

11.2 Schizofrenia 147

11.3 Depressione 150

12. Malattie rare 153

13. Infortuni sul lavoro e malattie professionali 162

13.1 Infortuni sul lavoro 164

13.2 Malattie professionali 168

14. Le dimensioni della non autosufficienza 171

15. Le dimensioni della disabilità 174

Aree di intervento

16. Promozione della salute e prevenzione delle malattie 177

16.1 Profilassi delle malattie infettive 179

16.2 Screening per il tumore della mammella 183

16.3 Screening per il tumore della cervice uterina 187

16.4 Screening per il tumore del colon-retto 191

16.5 Screening per l'epatite C (HCV) 196

16.6 Ambiente e salute 199

16.7 Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro 201

16.8 Prevenzione primaria e terziaria delle patologie croniche 205

16.9 Veterinaria e sicurezza alimentare 208

16.10 Monitoraggio influenza aviaria 211

17. Assistenza primaria e distrettuale 214

17.1 Contesto organizzativo dell'assistenza primaria e distrettuale 216

17.2 Assetto organizzativo delle Aziende ULSS e dei relativi Distretti 217

17.3 La rete dei professionisti sanitari convenzionati nel territorio 222

17.4 Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici Continuità Assistenziale (MCA) 224

17.5 Gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e Altri Professionisti 227

17.6 La formazione per lo sviluppo dell'assistenza primaria 230

17.7 Attività e responsabilità dei MMG e PLS 232

17.8 Prestazioni erogate dai MMG e PLS. PPIP, Visite ambulatoriali, Assistenza domiciliare e Bilanci di salute 234

17.9 Attività delle COT 236

17.10 Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri 238

18. Assistenza domiciliare 240

18.1 Organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata 242

18.2 Prestazioni erogate in assistenza domiciliare 243

19. Cure palliative 247

20. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici 254

20.1 Assistenza farmaceutica 256

20.2 Dispositivi medici e assistenza protesica 260

20.3 Farmacia dei servizi 264

21. Assistenza specialistica ambulatoriale 268

21.1 Volumi di attività 270

21.2 Tempi di attesa e liste di pre-appuntamento 274

21.3 Prestazioni in telemedicina 278

22. Assistenza ospedaliera 281

22.1 Rete emergenza urgenza e pronto soccorso 283

22.2 Ospedalizzazione generale 288

22.3 Posti letto 293

22.4 Reti tempo-dipendenti 298

22.5 Volumi di attività e indicatori di qualità delle cure 302

22.6 Tempi di attesa per ricovero 305

23. Assistenza nelle strutture intermedie 309

23.1 Ospedali di Comunità (ODC) 311

23.2 Unità di Riabilitazione Territoriali (URT) 317

24. Assistenza materno-infantile 321

24.1 Gravidanza, parto e nascita 323

24.2 Interruzioni volontarie di gravidanza e abortività spontanea 325

24.3 Prematurità e basso peso 330

24.4 Natimortalità, mortalità nel primo anno di vita 333

24.5 Ospedalizzazione da 0 a 18 anni 337

24.6 Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori 339

24.7 Fecondazione assistita 342

25. Assistenza psichiatrica 345

26. Salute in carcere 349

27. La rete delle malattie rare 354

28. La rete dei trapianti 359

28.1 L'attività di monitoraggio del Centro Regionale per i Trapianti e il Registro cerebrolesi 362

28.2 Accertamenti di morte, attività trapiantologica e donazione di tessuti 363

29. Il coordinamento regionale delle attività trasfusionali - CRAT 367

29.1 L'attività del Coordinamento Regionale Attività Trasfusionali (CRAT) e la Rete Trasfusionale Regionale 369

29.2 Il Nuovo Accordo Interregionale di Plasmaderivazione (NAIP) e il Centro Nazionale Sangue (CNS) 371

29.3 Qualità e sicurezza del Sistema Trasfusionale Regionale 374

30. Assistenza socio-sanitaria 375

30.1 Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti 377

30.2 Servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità 381

30.3 Interventi a sostegno della domiciliarità 386

31. Interventi socio-sanitari sulle dipendenze 390

31.1 Abuso di sostanze 392

31.2 Disturbo da gioco d’azzardo 395

32. Consultori familiari 398

33. Coordinamento regionale per le attività oncologiche - CRAO 403

33.1 Riferimenti normativi e supporto alla Regione Veneto 406

33.2 PDTA, Gruppi Oncologici Multidisciplinari e Molecular Tumour Board 408

34. “La tua voce per una sanità migliore”: clima organizzativo ed esperienza del paziente 410

34.1 Patient Reported Experience Measures (PREMs) - Indagine sull'esperienza del ricovero ospedaliero 412

34.2 Patient Reported Experience Measures (PREMs) Territorio e cronicità - Indagine sull’esperienza e gli esiti dei pazienti cronici 416

34.3 Patient Reported Outcome Measures (PROMs) - Indagine sull'esperienza delle pazienti nel percorso di cura del tumore maligno al seno 421

Gestione risorse

35. Un quadro macro economico sulla spesa sanitaria regionale 423

35.1 Il “peso” della spesa sanitaria sul bilancio regionale 425

35.2 Il trend dei costi del SSR e la relazione con il livello di finanziamento 427

36. La spesa sanitaria regionale e le sue principali determinanti 430

36.1 Le principali determinanti dei costi e l’incidenza della pandemia 432

36.2 Acquisti di beni sanitari e non sanitari 434

36.3 Acquisti di servizi sanitari e non sanitari 438

36.4 Costi del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato 443

36.5 I costi per l’erogazione dei LEA 447

36.6 La spesa sostenuta per l’offerta privata accreditata 451

36.7 La spesa out of pocket 455

36.8 L’impatto della mobilità sanitaria interregionale 458

36.9 I costi per l'energia 462

36.10 I costi per l'emergenza Ucraina 464

36.11 La spesa per gli investimenti 466

36.12 Le aree di investimento e le determinanti di spesa 470

36.13 Il patrimonio del SSR 473

37. I ricavi del Servizio Sanitario Regionale 475

37.1 Il Fondo Sanitario Regionale 478

37.2 Il payback farmaceutico e dispositivi medici 480

37.3 Altri ricavi del SSR 481

38. Le iniziative regionali nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 484

39. La performance economica e finanziaria del SSR 488

39.1 La performance economica del SSR 490

39.2 La performance finanziaria del SSR 493

Attuazione obiettivi PSSR

40. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio 499

40.1 OS6. Ridurre l'incidenza delle malattie trasmissibili 501

40.2 OS11. Garantire i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare (veterinaria) 503

41. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto 505

41.1 OS2 Organizzare il sistema di offerta con modelli integrati che garantiscano continuità nel percorso assistenziale 507

41.2 OS3. Garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa 509

42. La salute della donna e del bambino 512

42.1 OS11. Migliorare la diagnosi e presa in carico della donna oggetto di violenza e maltrattamento 514

43. Il percorso del paziente in ospedale 516

43.1 OS1 Assicurare al paziente la gestione della fase dell'emergenza urgenza e la fase critica del percorso assistenziale 518

43.2 OS2 Assicurare al paziente che intraprende un percorso assistenziale programmato gli approfondimenti diagnostici, i trattamenti terapeutici e riabilitativi che richiedono tecnologia, requisiti strutturali e competenze proprie dell'ospedale 520

44. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e assistenza 522

44.1 OS4 Garantire la gestione dei problemi di salute secondo un sistema di prioritarizzazione mediante la realizzazione di percorsi integrati proporzionati al profilo di bisogno 524

44.2 OS5 Valorizzare la personalizzazione della presa in carico, attraverso piani integrati di cura in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità 526

45. Le malattie rare 528

45.1 OS3 Garantire lo stretto collegamento delle attività di assistenza attuate dei Centri veneti, parte delle reti europee di riferimento (ERN), con il restante sistema dei servizi sanitari e la loro coerenza con la programmazione regionale in materia 530

46. La salute mentale 532

46.1 OS1 Sviluppare la Rete integrata dei servizi secondo il modello di psichiatria di comunità nel contesto dell'organizzazione dipartimentale 534

46.2 OS3 Garantire alle persone il migliore stato di salute possibile in relazione alle condizioni individuali 536

47. L'integrazione socio-sanitaria 538

47.1 OS10 Assicurare, garantire e promuovere la protezione e cura a favore dei minori e delle famiglie in difficoltà 540

47.2 OS15. Supportare il caregiver e la famiglia e favorire la creazione di comunità accoglienti 542

48. Il governo del Sistema ed il governo delle Aziende 544

48.1 OS2. Promuovere la trasparenza e partecipazione al processo decisionale e la valutazione diretta dei cittadini in ottica di “rendicontazione sociale” 546

48.2 OS7. Migliorare i processi di pianificazione, controllo e valutazione delle attività aziendali favorendo il coinvolgimento degli operatori nel processo di miglioramento continuo e l’utilizzatore finale ai fini della valutazione di efficacia ed efficienza 548

49. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario 550

49.1 OS1. Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali 552

49.2 OS4. Mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi. 555

50. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici 559

50.1 OS4 Garantire la sicurezza dei farmaci e dei dispositivi in tutti i luoghi di cura 561

50.2 OS5 Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi 563

51. Il governo e le politiche per il personale 567

51.1 OS3 Innovare modalità e strumenti per la gestione del personale 569

51.2 OS4 Assicurare la piena copertura dei fabbisogni di personale del sistema del Servizio Sanitario Regionale 571

52. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali 574

52.1 OS1 Rendere congruente il modello di riparto del FSR al reale profilo dei bisogni delle popolazioni del territorio ed ai cambiamenti istituzionali ed organizzativi del SSSR del Veneto 576

52.2 OS2 Flessibilità nell'utilizzo delle risorse 578

52.3 OS4 Garantire alla popolazione del Veneto uniformità di cura e di accesso ai servizi 580

53. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie 582

53.1 OS1. Promuovere ricerca ed innovazione in ambito sanitario 584

54. Rapporti con l'università 586

54.1 OS1. Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali 588

54.2 OS2 Incentivare la formazione come sviluppo di professionisti competenti rispetto ai bisogni clinico-assistenziali 590

Popolazione e salute

1. Popolazione residente e indicatori demografici

CONTENUTI

- 1.1 Popolazione residente per età e sesso
- 1.2 Movimento demografico della popolazione residente
- 1.3 Speranza di vita
- 1.4 Fecondità

POPOLAZIONE DEL VENETO

30.386 NATI

1,20 figli per donna

FONTE: CEDAP, anno 2023

4.851.851
residenti al 01/01/2025

212 anziani (65+ anni) ogni 100 bambini (0-14 anni)

10,5% stranieri

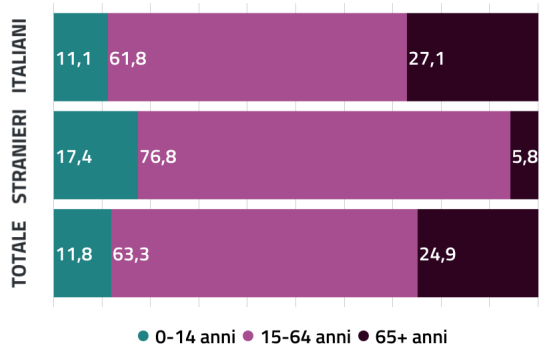
FONTE: ISTAT (popolazione residente al 01/01/2025 stimata)

Speranza di vita alla nascita (2024)

82,2 anni — 86,3 anni

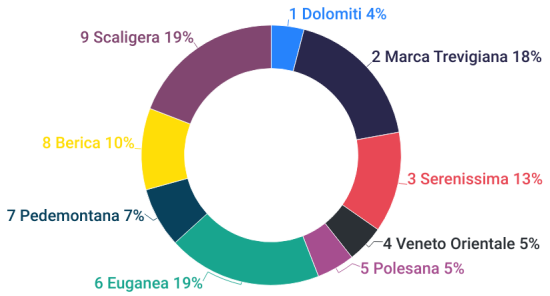
Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Distribuzione % popolazione per classe d'età e cittadinanza. Veneto, 2025



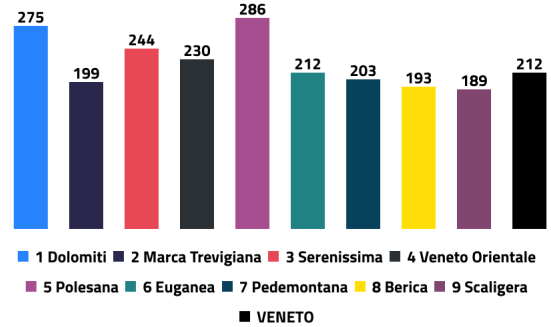
FONTE: ISTAT (popolazione residente al 01/01/2025 stimata)

Residenti per Ulss. Veneto, 2025



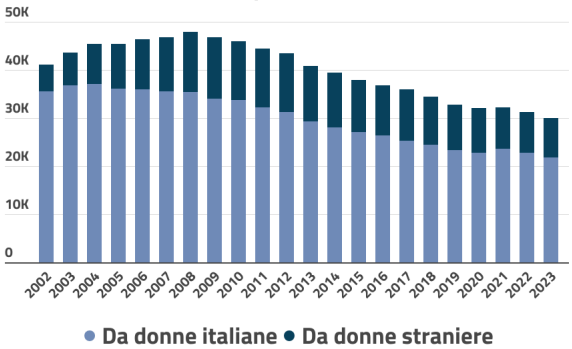
FONTE: ISTAT (popolazione residente al 01/01/2025 stimata)

Indice di vecchiaia per Ulss. Veneto, 2025



FONTE: ISTAT (popolazione residente al 01/01/2025 stimata)

Numero di parti per cittadinanza della madre. Veneto, 2002-2023



FONTE: CEDAP, anno 2023

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

1.1 Popolazione residente per età e sesso

La stima della popolazione residente in Veneto al 01/01/2025 è di 4.851.851 abitanti di cui 2.392.820 maschi (49,3%) e 2.459.031 femmine (50,7%), con una diminuzione di -365 residenti rispetto all'anno precedente (Figura 1.1.1).
La quota di popolazione anziana è in costante aumento: attualmente gli ultra 65enni sono circa 1.208.000 e i bambini di 0-14 anni 570.000, con un rapporto di 212 anziani ogni 100 bambini (Indice di Vecchiaia). Tale indicatore negli anni '80 era pari a 62, misura che saliva a 136 nel 2000; dal 2002 al 2011 l'immigrazione straniera di persone giovani, che ha determinato un incremento della natalità, ne ha frenato l'aumento, ripreso dal 2012 sia per l'esaurirsi degli effetti del contributo dell'immigrazione straniera, sia per l'aumento della speranza di vita (Tabella 1.1.1 e Figura 1.1.2).
La struttura per età della popolazione si caratterizza per una forma "a botte" con una bassa numerosità delle classi di età più giovani ed una elevata quota di anziani, soprattutto donne. La popolazione di età 45-64 anni è quella più consistente, rappresentando la generazione nata negli anni '60 e '70. La popolazione straniera rappresenta il 10,5% della popolazione complessiva (507.487 stranieri residenti di cui 252.655 maschi e 254.832 femmine), con una struttura per età più giovane di quella della popolazione italiana (Figura 1.1.3). Nella Tabella 1.1.2 sono rappresentati alcuni indicatori demografici per Ulss di residenza. I territori delle ULSS 1-Dolomiti, ULSS 5-Polesana, ULSS 3-Serenissima, ULSS 4-Veneto Orientale sono quelli con più di un quarto della popolazione con almeno 65 anni a cui si aggiungono l'ULSS 6-Euganea e l'Ulss 7-Pedemontana con un indice di vecchiaia che supera i 200 (più di 2 abitanti di 65 o più anni di età per ogni bambino di età 0-14 anni). Nell'ULSS 9-Scaligera si trova la percentuale maggiore di cittadini stranieri.

Nota Metodologica

Fonte dei dati: ISTAT (demo.istat.it)
Popolazione residente dal 2002 al 2025: ricostruzione di fonte ISTAT sulla base del censimento del
2018 e sui successivi censimenti annuali permanenti. In tale ricostruzione ISTAT non considera, per
omogeneità nelle serie storiche, la popolazione del comune di Sappada, diventato dal 16/12/2017
territorio del Friuli-Venezia Giulia.
La popolazione residente al 01/01/2025 è una stima provvisoria basata sull'ultimo censimento permanente e sul bilancio demografico provvisorio al 31/12/2024.

Figura 1.1.1 Popolazione residente al 1 gennaio per sesso. Veneto, anni 2002-2025

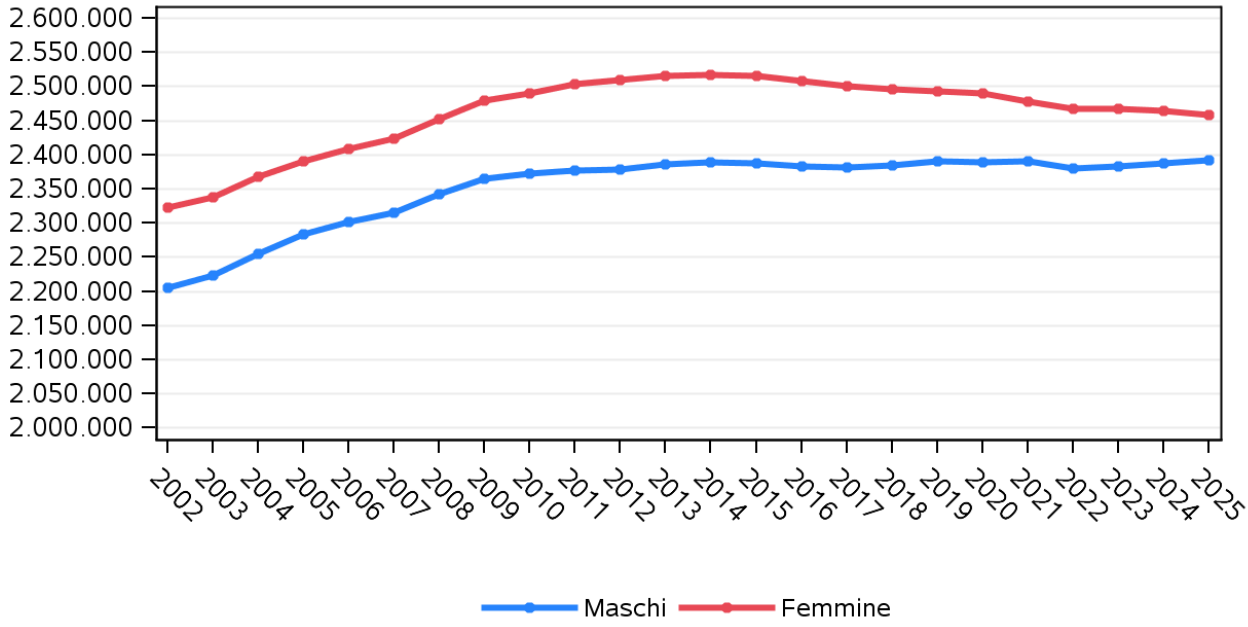


Figura 1.1.2 Popolazione residente di età 0-14 anni e di 65 anni e oltre (asse sinistro) e indice di vecchiaia (asse destro). Veneto, anni 2002-2025

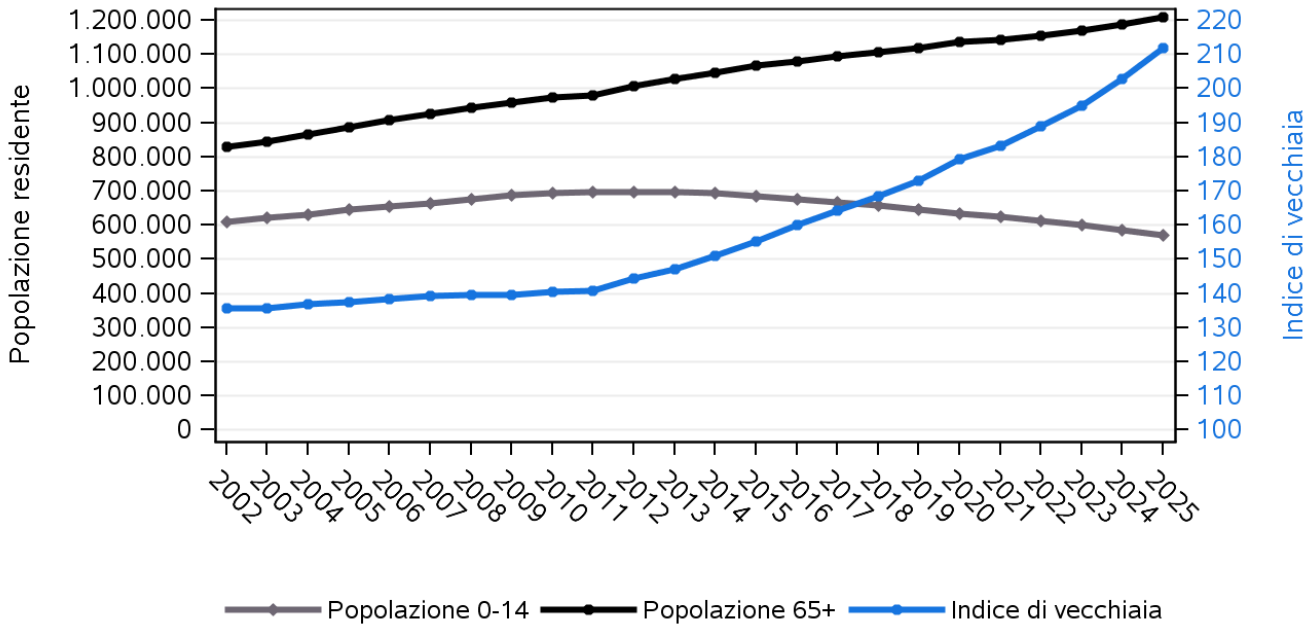


Figura 1.1.3 Piramide d'età per sesso e cittadinanza al 1 gennaio 2025. Residenti in Veneto

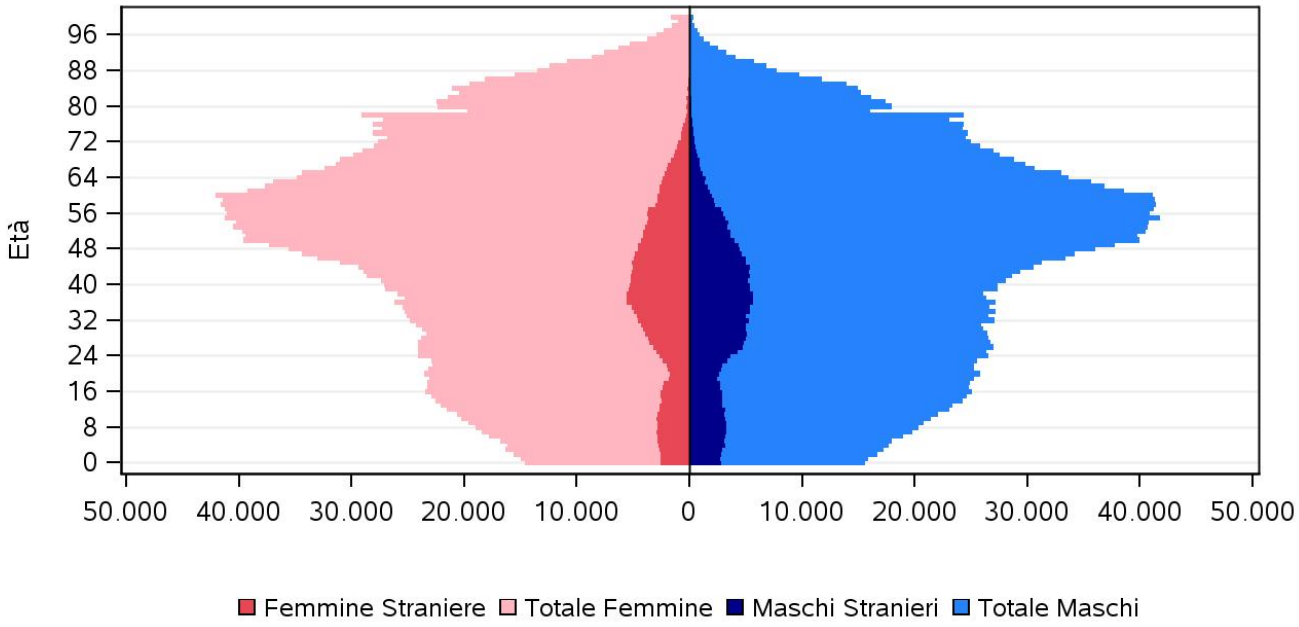


Tabella 1.1.1 Popolazione residente in Veneto al 1 gennaio: distribuzione per sesso, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera. Veneto, anni 2002-2025

Anno	Maschi	Femmine	Totale	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
2002	2.204.840	2.322.759	4.527.599	135,8	3,4%
2003	2.223.995	2.338.496	4.562.491	135,8	3,9%
2004	2.254.892	2.367.601	4.622.493	136,7	5,0%
2005	2.284.325	2.390.609	4.674.934	137,4	6,0%
2006	2.301.661	2.408.107	4.709.768	138,4	6,6%
2007	2.315.289	2.424.078	4.739.367	139,3	7,1%
2008	2.343.046	2.453.016	4.796.062	139,5	8,1%
2009	2.365.185	2.479.154	4.844.339	139,5	8,9%
2010	2.372.779	2.490.593	4.863.372	140,5	9,3%
2011	2.376.641	2.502.965	4.879.606	140,7	9,5%
2012	2.378.385	2.508.943	4.887.328	144,5	9,7%
2013	2.386.548	2.514.867	4.901.415	147,2	10,1%
2014	2.388.940	2.516.772	4.905.712	151,1	10,3%
2015	2.387.794	2.514.900	4.902.694	155,3	10,1%
2016	2.382.953	2.507.695	4.890.648	159,9	9,9%
2017	2.382.146	2.501.227	4.883.373	164,3	9,6%
2018	2.384.300	2.496.636	4.880.936	168,5	9,6%
2019	2.390.898	2.493.692	4.884.590	173,1	9,9%
2020	2.389.717	2.489.416	4.879.133	179,2	10,0%
2021	2.391.165	2.478.665	4.869.830	183,3	10,5%
2022	2.380.743	2.467.002	4.847.745	189,0	10,2%
2023	2.382.754	2.466.799	4.849.553	195,1	10,3%
2024	2.388.262	2.463.954	4.852.216	202,9	10,3%
2025	2.392.820	2.459.031	4.851.851	211,9	10,5%

Tabella 1.1.2 Popolazione residente in Veneto al 1 gennaio 2025 per ULSS di residenza: distribuzione per grandi classi di età, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera.

Azienda ULSS di residenza	N	0-14 anni	15-64 anni	65 o più anni	Indice di vecchiaia	% popolazione straniera
Ulss 1-Dolomiti	197.558	10,4%	61,1%	28,5%	275,0	6,8%
Ulss 2-Marca Trevigiana	877.565	12,2%	63,5%	24,3%	199,1	10,4%
Ulss 3-Serenissima	607.736	11,0%	62,3%	26,8%	243,9	11,3%
Ulss 4-Veneto Orientale	226.198	11,2%	63,0%	25,8%	230,5	9,6%
Ulss 5-Polesana	229.378	10,0%	61,4%	28,6%	285,8	9,6%
Ulss 6-Euganea	930.378	11,6%	63,7%	24,6%	211,7	10,6%
Ulss 7-Pedemontana	361.760	12,0%	63,7%	24,3%	202,7	7,6%
Ulss 8-Berica	492.371	12,2%	64,2%	23,6%	193,5	10,7%
Ulss 9-Scaligera	928.907	12,5%	63,9%	23,6%	188,7	12,1%
Veneto	4.851.851	11,8%	63,3%	24,9%	211,9	10,5%

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

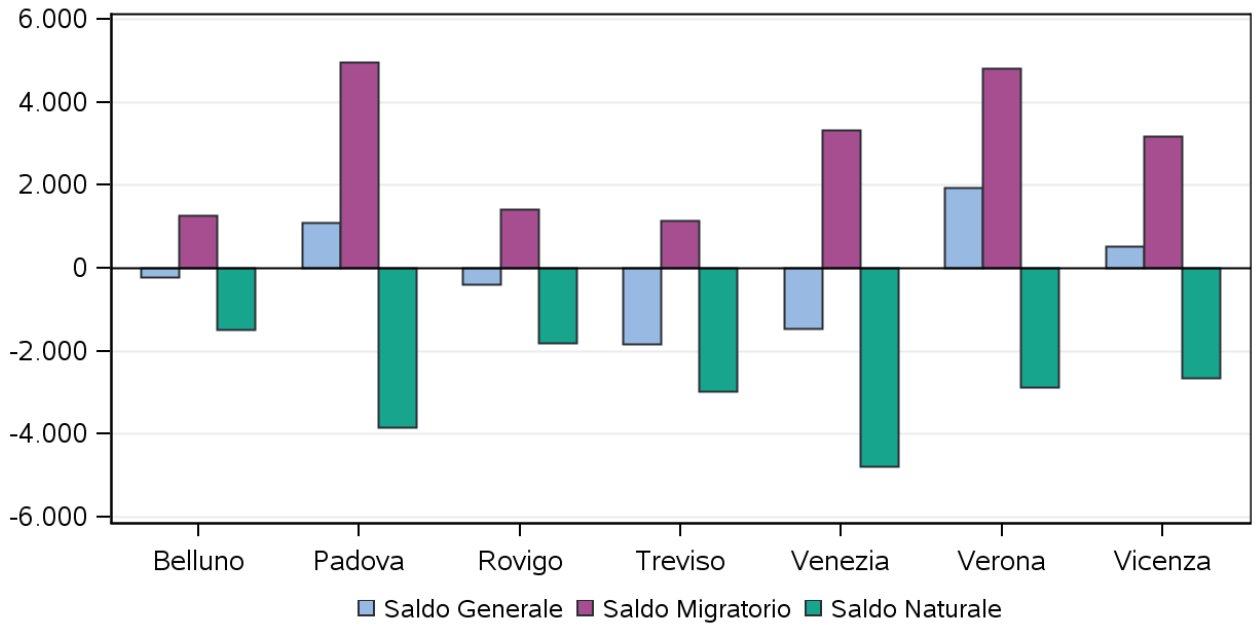
1.2 Movimento demografico della popolazione residente

Il bilancio demografico del 2024 presenta un saldo negativo, con una diminuzione di 365 residenti rispetto all'anno precedente. Il saldo migratorio continua a mantenersi positivo (+20.045 residenti), mentre il saldo naturale, differenza tra nati e deceduti, è sempre negativo (-20.410).
Questa situazione si riscontra in tutte le province del Veneto, tranne nelle province di Padova, Verona e Vicenza, dove il saldo migratorio positivo riesce a compensare il saldo naturale negativo.

Nota Metodologica

Fonte dei dati: ISTAT (demo.istat.it)
Il movimento anagrafico è una stima provvisoria basata sul bilancio demografico provvisorio al 31/12/2024.

Figura 1.2.1 Saldo generale, saldo migratorio e saldo naturale della popolazione residente per Provincia. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

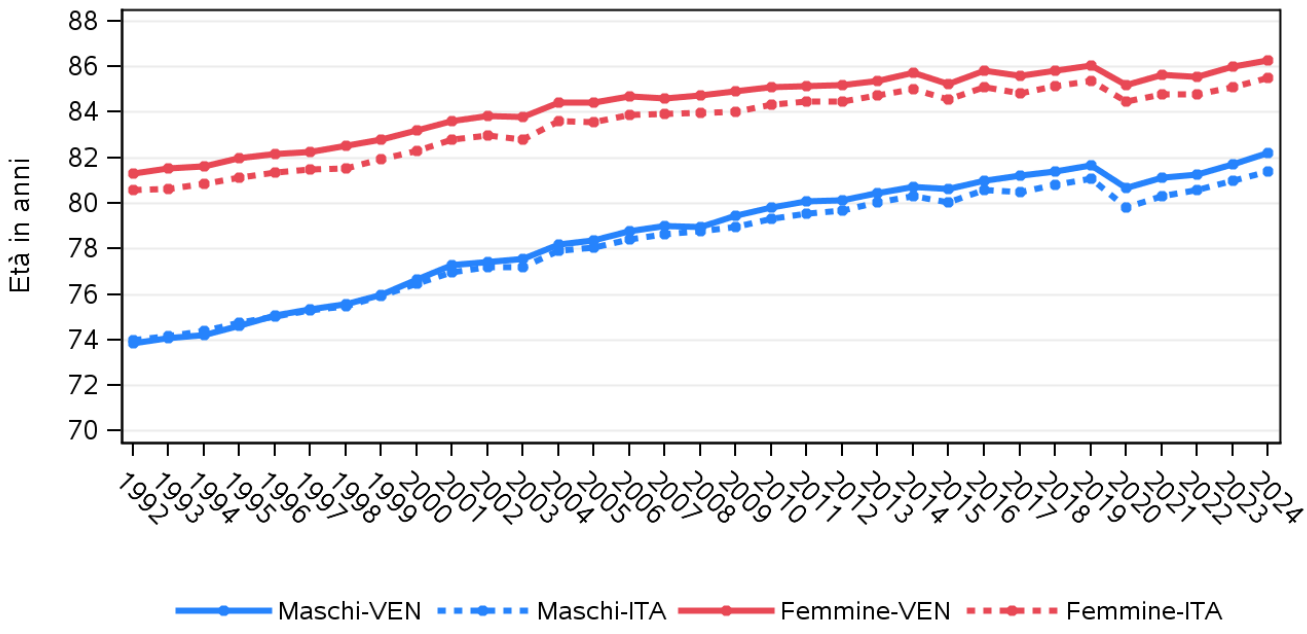
1.3 Speranza di vita

Nel 2024 la speranza di vita alla nascita in Veneto è pari a 82,2 anni per i maschi e a 86,3 anni per le femmine, superiore a quella italiana di circa 9 mesi per entrambi, superando i valori del 2019, anno in cui c'era la speranza di vita maggiore dell'intera seria storica dal 1992. Questa mette in evidenza un trend in crescita, con alcune flessioni negli anni in cui si sono verificati degli eccessi di mortalità. In particolare, a causa della pandemia da COVID-19, la speranza di vita nel 2020 è diminuita di circa 1 anno rispetto al 2019.
Per le donne la speranza di vita è sistematicamente maggiore di quella degli uomini, anche se la differenza si è ridotta nel tempo. In definitiva, negli ultimi 32 anni la speranza di vita è aumentata di circa 8 anni per gli uomini (da 73,9 a 82,2 anni) e di circa 5 anni per le donne (da 81,3 a 86,3 anni), con un vantaggio per queste ultime che è passato da +7,4 anni nel 1992 a +4,1 anni nel 2024.

Nota Metodologica

Fonte dei dati: demo.istat.it (i valori del 2024 sono stimati)

Figura 1.3.1 Speranza di vita alla nascita in Italia e in Veneto per genere. Anni 1992-2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

1.4 Fecondità

Al 1 Gennaio 2024, in Veneto le donne in età fertile (15-49 anni) ammontano a 928.289 (37,7% della popolazione femminile totale).
Nel 2023, in Veneto, si sono registrati 29.936 parti per un totale di 30.386 nati (l'1,5% dei parti è gemellare), 2.747 aborti spontanei e 4.267 interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). L'anno 2023 conferma il trend decrescente delle nascite registrando il valore più basso di nascite degli ultimi cinquant'anni (Figura 1.4.1), con il 4,3% di nati in meno rispetto all'anno precedente e più di un terzo in meno rispetto al 2008, ultimo anno in cui si registrò un aumento delle nascite.
Il quoziente di natalità per la Regione Veneto nel 2023 risulta 6,2‰, mentre il tasso di fecondità standardizzato è pari a 32,3‰. Verona è la provincia con i quozienti di natalità e fecondità più elevati con rispettivamente il 7,4‰ e il 36,5‰. La provincia di Rovigo registra i valori più bassi della Regione (Tabella 1.4.1). Il numero medio di figli per donna in Veneto è 1,20, in linea con il dato nazionale.
Persiste la riduzione del numero dei parti da donne straniere, che dal 2009 al 2023 sono passati da 12.682 a 8.142 (Figura 1.4.2). Attualmente essi rappresentano il 27,2% dei parti, valore superiore rispetto alla media nazionale (20,1%).
L'età media al parto è di 32,5 anni. Il 38,8% delle donne sono alla loro prima gravidanza; in particolare il 53,6% delle donne italiane che hanno partorito nel 2023 è primipara rispetto al 36,2% delle straniere.
Il 71,9% dei parti riguarda donne di almeno 30 anni e una madre su tre ha 35 anni o più. La percentuale di parti da donne con più di 35 anni è passata dal 25,3% nel 2002 al 35,4% nel 2023 ed è più che raddoppiata la quota di parti oltre i 40 anni (dal 3,5% dei parti nel 2002 all'8,6% nel 2023). Rimane invece costante nel tempo la percentuale di parti da minorenni (0,12%).
La Figura 1.4.3 riporta la distribuzione dei tassi di fecondità specifici per età dal 1975 al 2023. Risulta evidente come nell'arco di questi anni l'intervallo delle età più feconde si sia spostato dai 20-30 ai 25-39 anni e, contemporaneamente, si sia abbassato il picco del tasso di fecondità, passato da un massimo di 135,9 per 1.000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975 ad un massimo di 88,3 per la classe 30-34 nell'anno 2023. Il grafico mette anche in evidenza l'incremento nel tempo della fecondità per le classi 35-39 anni e 40-44 anni.

Nota Metodologica

Fonti di dati

Flusso informativo CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) – Registro Nascita, Regione del Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349;

Flusso informativo Interruzioni Volontarie di Gravidanza - Regione Veneto, fonte Modello ISTAT D12;

Flusso informativo Aborti Spontanei - Regione Veneto, fonte Modello ISTAT D11;

ISTAT: Demografia in cifre https://demo.istat.it/.

Indicatori

Quoziente di natalità: rapporto tra il numero dei nati vivi in un dato intervallo di tempo e l'ammontare della popolazione residente, per 1.000.

Tassi di fecondità specifici per età (fx): rapporto tra il numero di nati vivi da donne di età compresa tra x e x+5 anni e il numero di donne residenti di tali età in un dato intervallo di tempo, per 1.000.

Tasso di fecondità standardizzato: Il tasso standardizzato è la media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi dati dal rapporto fra popolazione "tipo" femminile media nella classe d'età e popolazione "tipo" femminile in età feconda (popolazione "tipo" = popolazione italiana).

Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale - TFT): somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare della popolazione femminile.

Figura 1.4.1 Nati in Veneto, anni 1975-2023

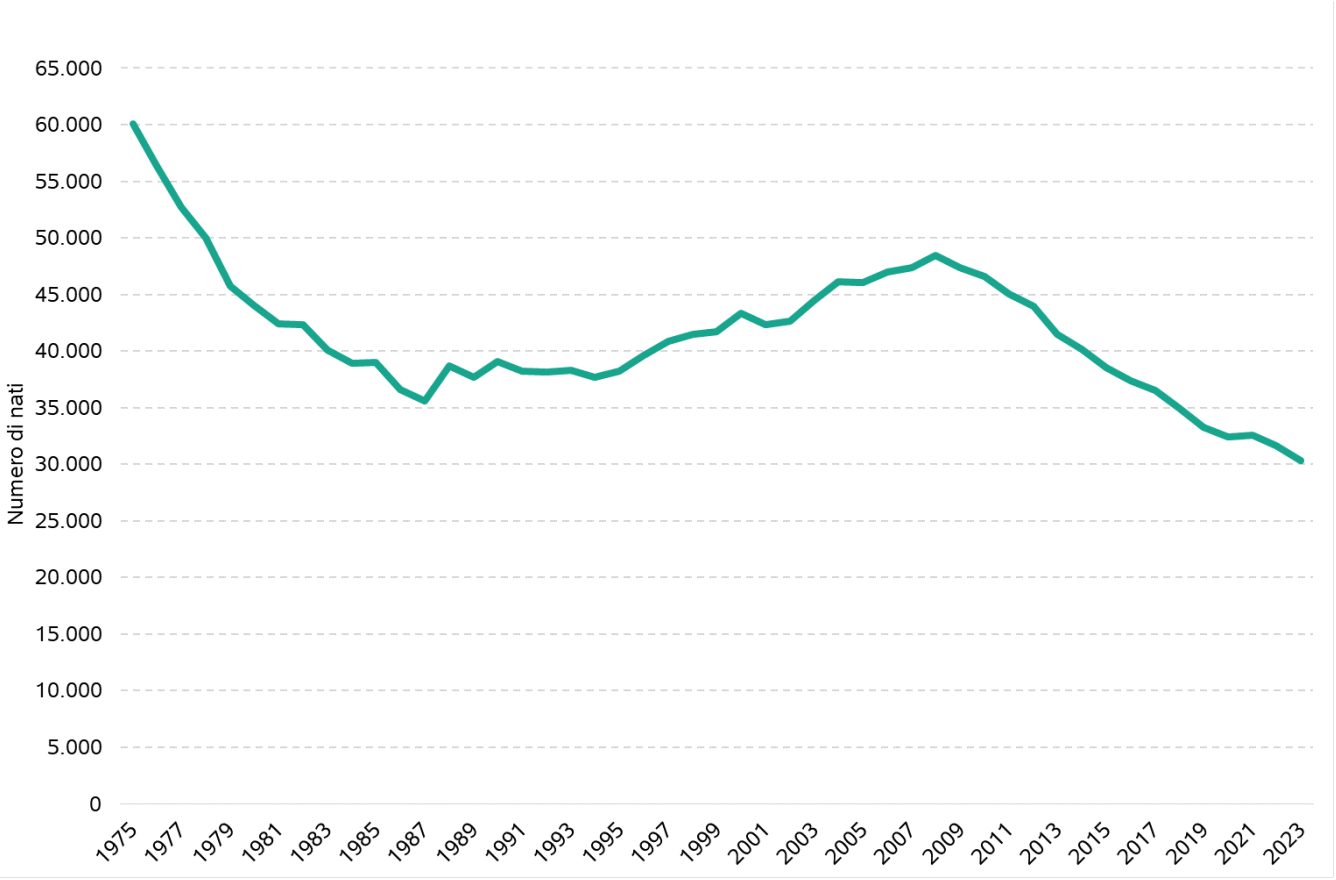


Tabella 1.4.1 Indicatori sintetici provinciali - Veneto, anno 2023

Provincia	Quoziente di natalità (‰)	Tasso di fecondità grezzo (‰)	Tasso di fecondità standardizzato* (‰)	N° medio di figli per donna
Verona	7,4	36,5	36,2	1,33
Vicenza	6,6	33,5	34,0	1,25
Belluno	6,3	35,3	36,2	1,33
Treviso	5,9	30,2	31,1	1,14
Venezia	5,2	27,7	28,4	1,05
Padova	6,9	35,1	35,3	1,29
Rovigo	3,3	18,4	19,2	0,71
Veneto	**6,2**	**32,3**	**32,7**	**1,20**

(*) tasso standardizzato alla popolazione italiana residente al 1 gennaio 2023

Figura 1.4.2 Numero di parti per cittadinanza e percentuale di parti da straniere. Veneto, anni 2002-2023

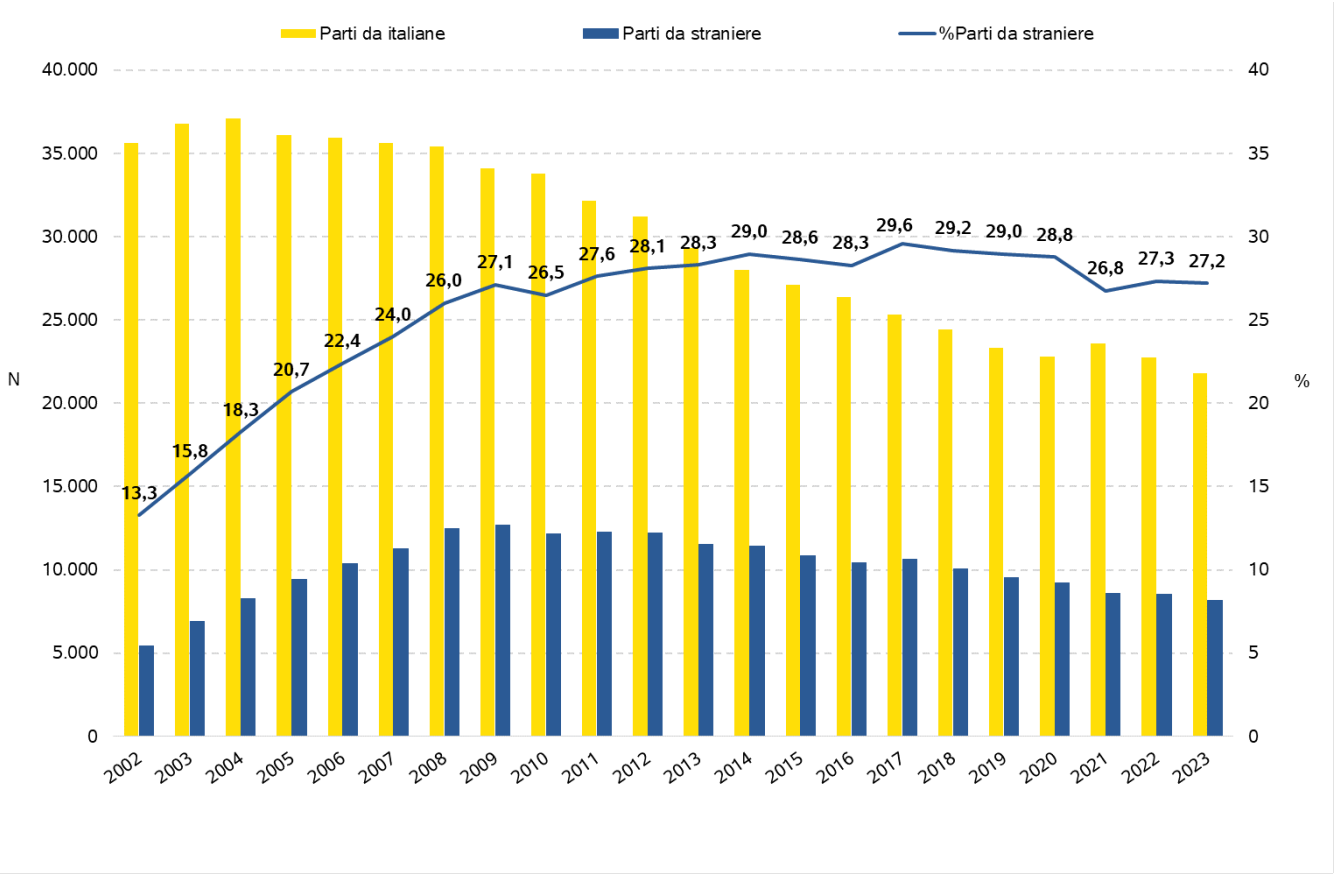
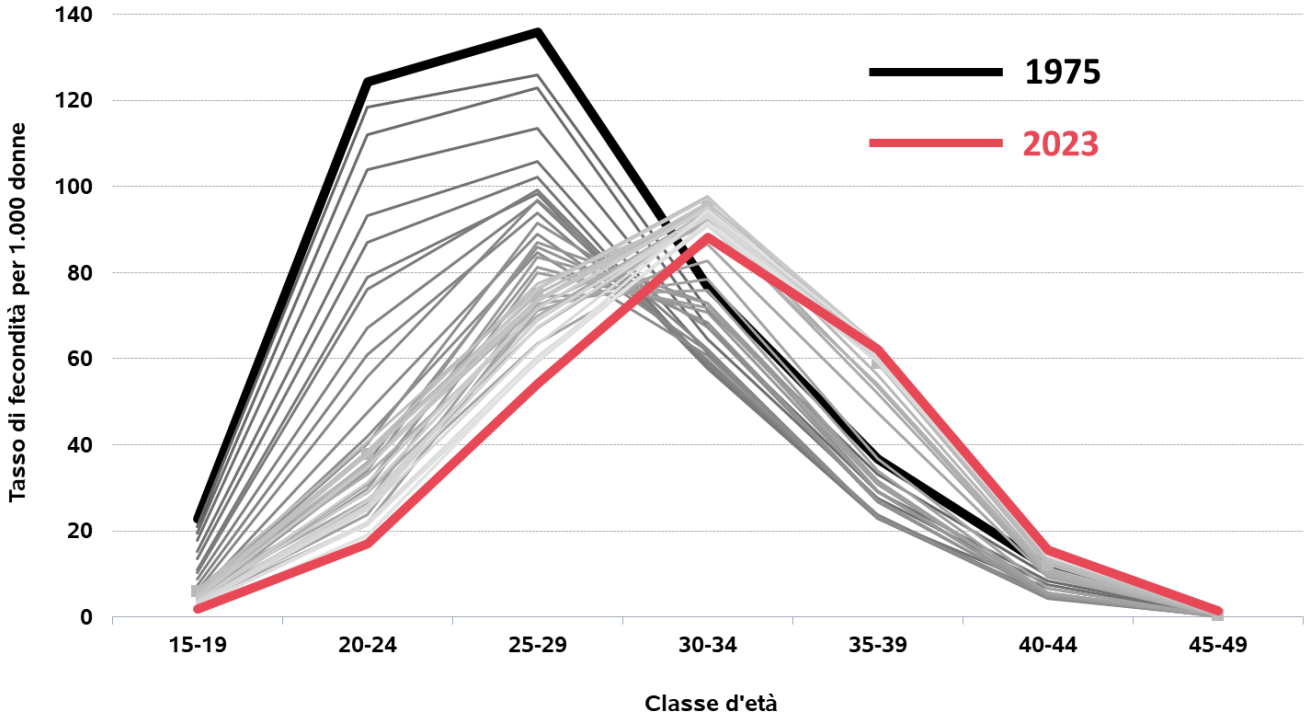


Figura 1.4.3 Tassi di fecondità specifici per classe d'età. Veneto, anni 1975-2023



Approfondimenti

Registro Nascita, Regione Veneto. Analisi dell'evento nascita a partire dai dati sui certificati di assistenza al parto. Dati Cedap anno 2023

https://www.ser-veneto.it/public/RapportoRegistroNascita2024.pdf

Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2023

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3524_allegato.pdf

Istat – Annuario Statistico Italiano 2024

https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/12/ASI_2024.pdf

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Coordinamento regionale Malattie Rare

C/O Azienda Ospedale Università di Padova

registronascita@regione.veneto.it

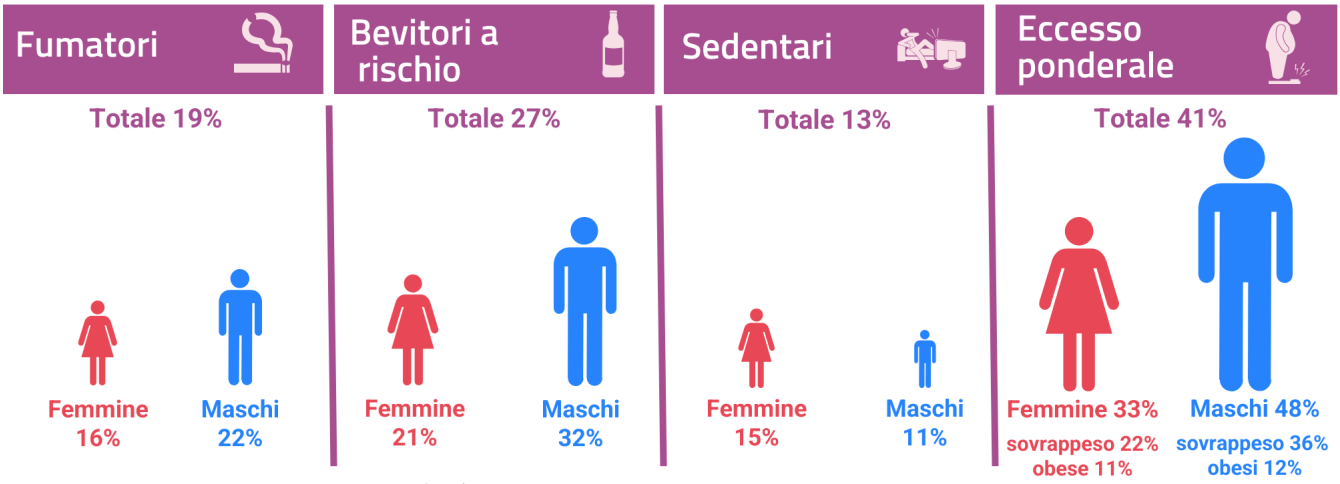
049/8215700

2. Salute della popolazione e stili di vita

CONTENUTI

- 2.1 Abitudine al fumo
- 2.2 Consumo di alcol
- 2.3 Attività fisica
- 2.4 Stato nutrizionale
- 2.5 Rischio cardiovascolare
- 2.6 Diseguaglianze di salute
- 2.7 Sicurezza stradale

Stili di vita - Indagine PASSI, anno 2024

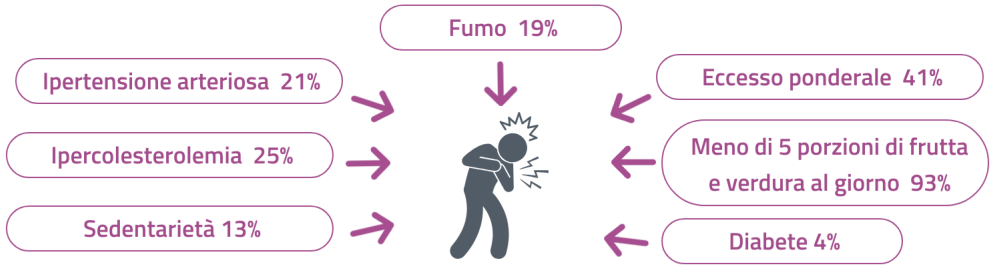


Intervistati: campione rappresentativo di età compresa tra i 18 e i 69 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Stili di vita - Indagine PASSI, anno 2024

Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare



Disuguaglianze di salute - prevalenza dei fattori di rischio per situazione economica

Difficoltà economiche: Nessuna		Difficoltà economiche: Molte
16%	Fumatori	35%
12%	Sedentari	21%
38%	Eccesso Ponderale	50%
19%	Ipertensione	32%
25%	Ipercolesterolemia	27%
3%	Diabete	11%
16%	Almeno 1 patologia cronica	19%

Intervistati: campione rappresentativo di età compresa tra i 18 e i 69 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

2.1 Abitudine al fumo

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, nel 2024 il 57,7% della popolazione veneta di età compresa tra 18 e 69 anni ha dichiarato di non aver mai fumato, mentre quasi uno su quattro (23,3%) ha dichiarato di essere un ex fumatore e uno su cinque di essere attualmente un fumatore (Figura 2.1.1).
Nei maschi l'abitudine al fumo è maggiore rispetto alle femmine (21,6% vs 16,4%).
La quota di fumatori, che costituiscono uno specifico target in termini di prevenzione e assistenza, ha mostrato una riduzione tra il 2008 ed il 2014 (Figura 2.1.2), mentre negli anni successivi si è stabilizzata, con una nuova flessione tra il 2021 e il 2024 (Tabella 2.1.1).
Si osserva una minore frequenza di fumatori nella popolazione adulta, con valori intorno al 16-18% nei 50-69enni, mentre le percentuali più elevate si registrano nelle fasce d'età più giovani (18-24 e 25-34 anni).
Vanno evidenziati dei gradienti di abitudine al fumo sia per livello di istruzione che per situazione economica. In entrambi i casi, la percentuali di fumatori è più elevata nelle categorie più svantaggiate (scolarizzazione inferiore; molte difficoltà economiche) e si riduce progressivamente nelle altre categorie.
Negli ultimi anni si registra una riduzione della frequenza di fumatori in particolare tra le persone più anziane, in quelle con una laurea e con poche o nessuna difficoltà economica.

Secondo l'indagine HBSC, in Veneto i 15enni che dichiarano di non aver mai fumato nella loro vita nel 2022 sono stati il 62%, rispetto al 55% riportato nel 2018. Sono in diminuzione anche i ragazzi di 15 anni che dichiarano di fumare quotidianamente (13,0% nel 2014, 8,6% nel 2018 e 6,9% nel 2022) (Tabella 2.1.2). Nelle ultime due rilevazioni la quota di ragazzi di 13 anni che fumano quotidianamente risulta ridotta a valori inferiori all'1%. Infine, il dato relativo ai fumatori abituali nel 2022 tra i 17enni è del 7,9%.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dai sistemi di sorveglianza PASSI e HBSC.
PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.
HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (11-13-15 anni e, dal 2022, 17 anni). HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per definire le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni: gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2022.

Figura 2.1.1 Abitudine al fumo, per genere. Veneto, PASSI anno 2024

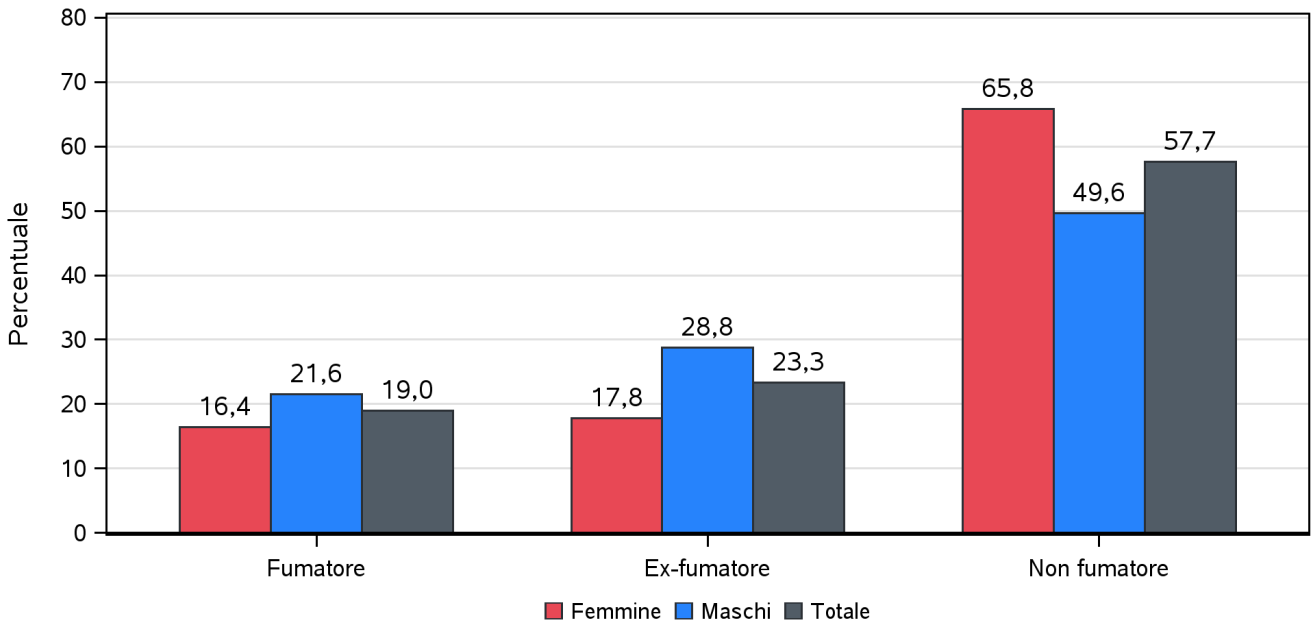


Figura 2.1.2 Andamento temporale della percentuale di fumatori. Veneto, PASSI periodo 2008-2024

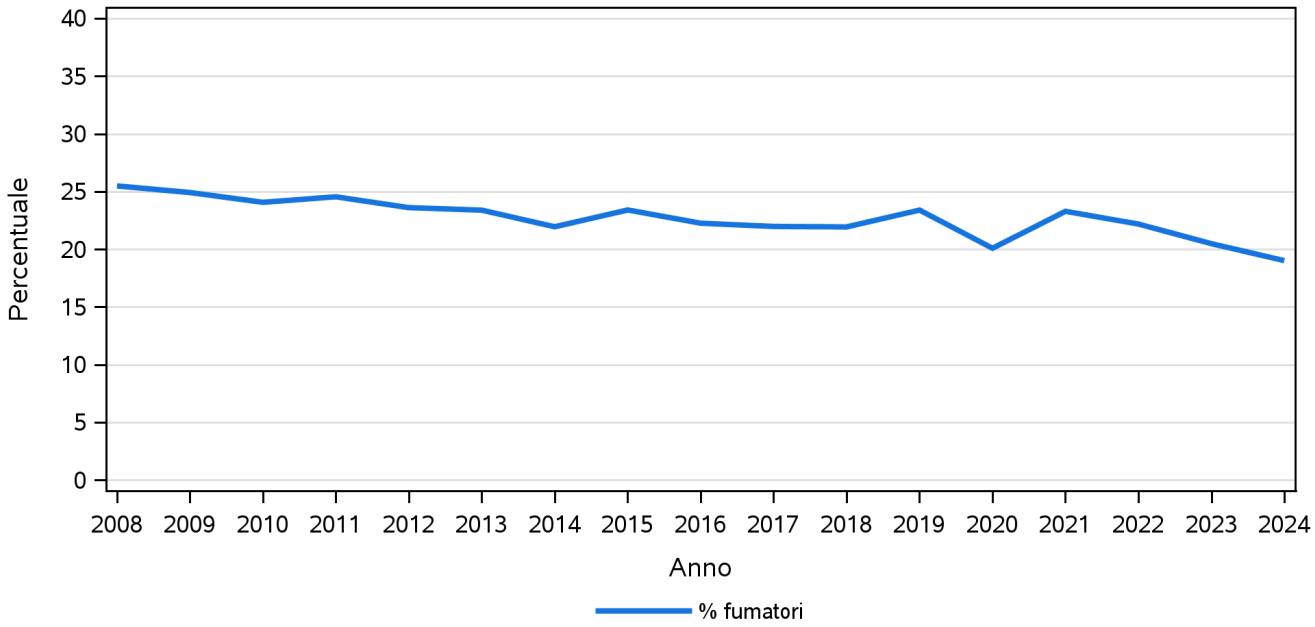


Tabella 2.1.1 Andamento temporale della percentuale di fumatori, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**22,7 (21,6-23,8)**	**22,4 (19,7-25,3)**	**22,2 (19,6-25,0)**	**20,5 (18,7-22,3)**	**19,0 (17,4-20,7)**
Sesso					
Uomini	26,6	25,3	26,1	23,9	21,6
Donne	18,8	19,4	18,2	17,1	16,4
Classe d'età					
18-24 anni	30,8	35,6	27,8	27,2	20,6
25-34 anni	30,7	23,2	23,1	24,0	27,2
35-49 anni	23,0	22,8	25,7	22,3	19,3
50-69 anni	17,5	18,6	18,2	16,6	15,7
Livello di istruzione					
Media inferiore	24,8	23,1	24,9	22,5	23,0
Media superiore	23,6	26,7	22,7	22,4	20,0
Laurea	18,3	10,2	19,7	14,6	14,2
Situazione economica					
Molte difficoltà	35,0	30,7	32,9	32,9	34,9
Qualche difficoltà	24,4	30,6	26,0	22,7	24,3
Nessuna difficoltà	20,9	19,1	20,2	19,0	16,1

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.
IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.1.2 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di fumare quotidianamente. Veneto, HBSC periodo 2002-2022

Età	2002	2006	2010	2014	2018	2022*
11 anni	0,5	0,6	0,6	0,4	0,1	0,2
13 anni	3,4	2,4	2,6	2,2	0,7	0,8
15 anni	21,4	18,3	16,0	13,0	8,6	6,9
17 anni	-	-	-	-	-	7,9

* Ragazzi che dichiarano di aver fumato 30 o più giorni nell'ultimo mese.

Approfondimenti

- Salute e Prevenzione - Regione Veneto
  https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione
- Epicentro
  https://www.epicentro.iss.it/
- Epicentro - PASSI
  http://www.epicentro.iss.it/passi/
- Indagine HBSC
  https://www.epicentro.iss.it/hbsc/
- ARPA Veneto
  http://www.arpa.veneto.it

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

0412791352-53

2.2 Consumo di alcol

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, nel 2024 il 26,8% degli intervistati può essere definito un bevitore a maggior rischio, rientrando almeno in una delle seguenti categorie: consumo di alcol fuori pasto e/o consumo abituale elevato e/o consumatore binge. Considerando, invece, solo i bevitori "binge", cioè coloro che negli ultimi 30 giorni hanno consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (se uomini) oppure 4 o più unità alcoliche (se donne), la percentuale scende al 15,4% del totale.

La quota di bevitori a maggior rischio è rimasta sostanzialmente stabile nel corso degli anni (Figura 2.2.1) anche se, come per quella dei bevitori binge, nel 2024 mostra un aumento rispetto al 2023 (Tabella 2.2.1). La percentuale di bevitori a maggior rischio risulta essere del 32% negli uomini e del 21% nelle donne e la fascia d'età maggiormente rappresentata sono i 18-24enni (47% degli intervistati) (Tabella 2.2.2).
Il consumo binge risulta più diffuso negli uomini (20% vs 8% nelle donne) e nella fascia dei 18-24enni (24%). I valori più bassi sono registrati tra le persone con licenza media inferiore (10%) e in quelle della fascia dei 50-69enni (9%).

Secondo l'indagine HBSC, in Veneto i 15enni che nel 2022 dichiarano di aver avuto un consumo di alcol binge (consumo di 4 o 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione) almeno una volta negli ultimi 12 mesi sono in riduzione rispetto al 2018, passando dal 46% al 35%. Circa un quinto dei quindicenni dichiara di essersi ubriacato almeno 2 volte nella vita (Tabella 2.2.3), con un andamento in lieve riduzione rispetto agli anni precedenti. Tra gli intervistati di 17 anni di età tale dato per l'anno 2022 sale a circa il 40%.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dai sistemi di sorveglianza PASSI e HBSC.
PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.
HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (11-13-15 anni e, dal 2022, 17 anni). HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per definire le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni: gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2022.

Figura 2.2.1 Andamento temporale della percentuale di bevitori a maggior rischio. Veneto, PASSI periodo 2008-2024

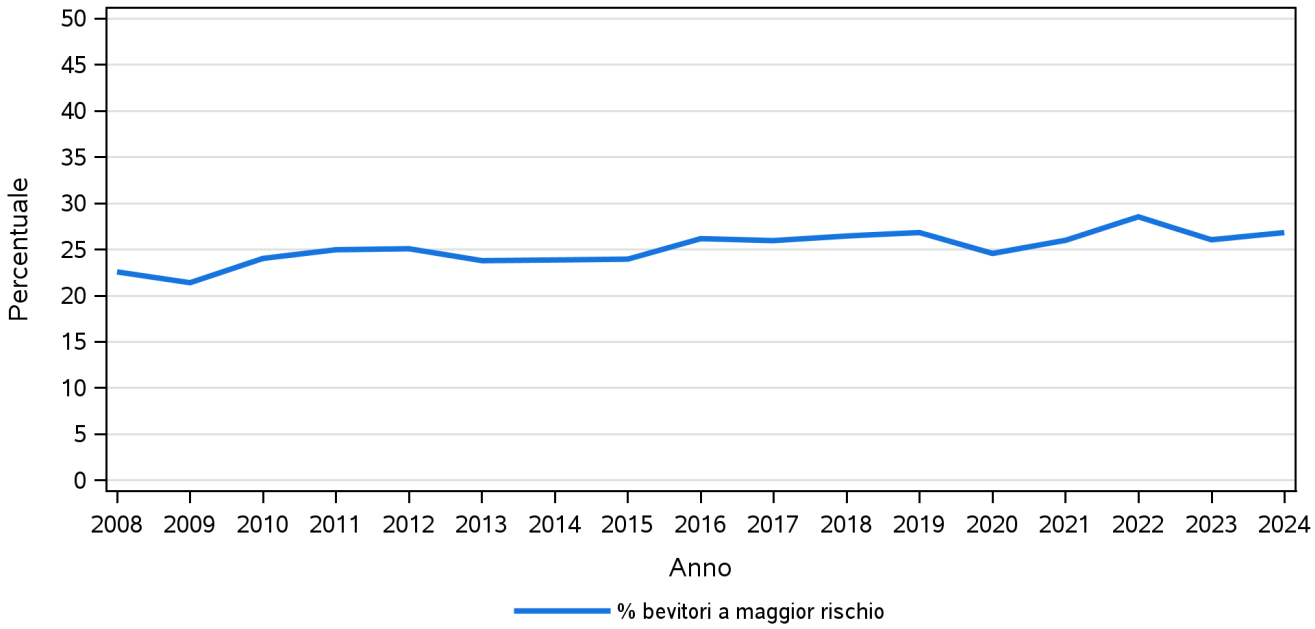


Tabella 2.2.1 Andamento temporale del consumo di alcol. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Bevitori a maggior rischio	**26,6**	**25,5**	**28,5**	**26,0**	**26,8**
	(25,5-27,7)	(22,8-28,5)	(26,6-31,6)	(24,2-27,9)	(24,7-29,0)
Bevitori binge	**14,6**	**14,2**	**15,3**	**13,1**	**15,4**
	(13,7-15,6)	(12,0-16,7)	(13,1-17,8)	(11,7-14,7)	(12,6-20,0)

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.

Tabella 2.2.2 Consumo di alcol, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI anno 2024

	Bevitori a maggior rischio	Bevitori binge
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**26,8 (24,7-29,0)**	**15,4 (12,6-20,0)**
Sesso		
Uomini	32,3	20,2
Donne	21,2	7,7
Classe d'età		
18-24 anni	47,2	23,6
25-34 anni	-	20,6
35-49 anni	25,5	14,2
50-69 anni	15,4	9,4
Livello di istruzione		
Media inferiore	-	9,9
Media superiore	-	15,9
Laurea	-	14,6
Situazione economica		
Molte difficoltà	-	9,2
Qualche difficoltà	-	11,9
Nessuna difficoltà	-	15,0

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.2.3 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di essersi ubriacati almeno 2 volte nella vita. Veneto, HBSC periodo 2002-2022

Età	2002	2006	2010	2014	2018	2022
11 anni	1,2	1,7	1,9	0,4	0,7	0,5
13 anni	5,8	4,6	4,1	3,2	2,9	3,4
15 anni	24,4	24,8	20,4	21,4	20,9	19,6
17 anni	-	-	-	-	-	39,7

Approfondimenti

- Salute e Prevenzione - Regione Veneto
  https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione
- Epicentro
  https://www.epicentro.iss.it/
- Epicentro - PASSI
  http://www.epicentro.iss.it/passi/
- Indagine HBSC
  https://www.epicentro.iss.it/hbsc/
- ARPA Veneto
  http://www.arpa.veneto.it

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

0412791352-53

2.3 Attività fisica

Delle persone intervistate nel 2024 tramite il sistema di sorveglianza PASSI, il 59% ha dichiarato di avere uno stile di vita attivo, svolgendo un lavoro che richiede un importante sforzo fisico o praticando l'attività fisica settimanale raccomandata (almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni la settimana).
Il 29% ha dichiarato di praticare attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (soggetti "parzialmente attivi"), mentre il 13% è sedentario.
Come rappresentato in Figura 2.3.1, la percentuale di persone attive è più elevata tra i maschi (63% vs 54%), mentre la sedentarietà è maggiore tra le femmine.
La percentuale di soggetti sedentari mostra una riduzione progressiva dal 2008 in poi (Figura 2.3.2). Questo trend è stato interrotto da un importante incremento nel 2020-2021, ma dal 2022 la percentuale di sedentari è tornata a ridursi (Tabella 2.3.1). Nel 2024 si rileva una diminuzione dei sedentari in tutte le fasce d'età rispetto al 2023.
Si osserva una maggiore sedentarietà nei livelli di istruzione più bassi e tra gli intervistati che lamentano maggiori difficoltà economiche (21,3%).

Dall'indagine HBSC condotta nel 2022 emerge che al crescere dell'età diminuisce la pratica dell'attività fisica: infatti la percentuale di chi ha fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno per almeno 5 giorni a settimana passa dal 29% degli 11enni e dei 13enni, al 21% dei 15enni e al 19% dei 17enni (Tabella 2.3.2). Un ulteriore elemento di preoccupazione è legato all'andamento temporale di questo dato, che nel 2022 mostra una flessione in tutte le classi di età coinvolte rispetto alla rilevazione condotta nel 2018.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dai sistemi di sorveglianza PASSI e HBSC.
PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.
HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (11-13-15 anni e, dal 2022, 17 anni). HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per definire le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni: gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2022.

Figura 2.3.1 Livello di attività fisica, per genere. Veneto, PASSI anno 2024

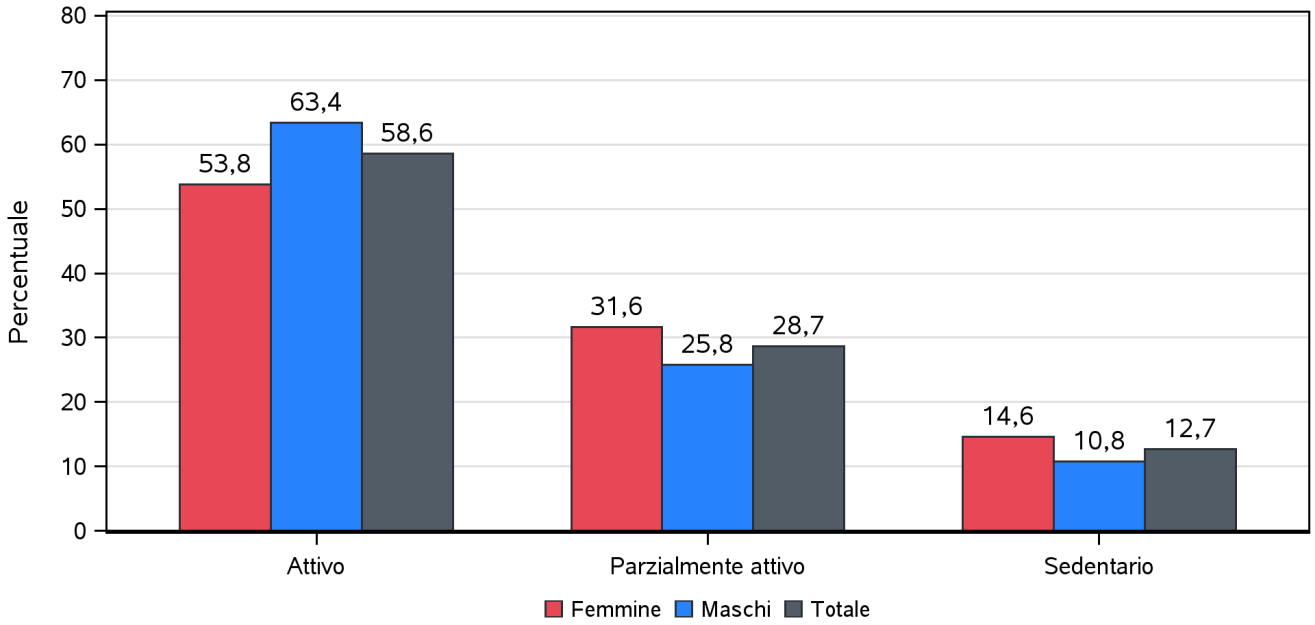


Figura 2.3.2 Andamento temporale della percentuale di sedentari. Veneto, PASSI periodo 2008-2024

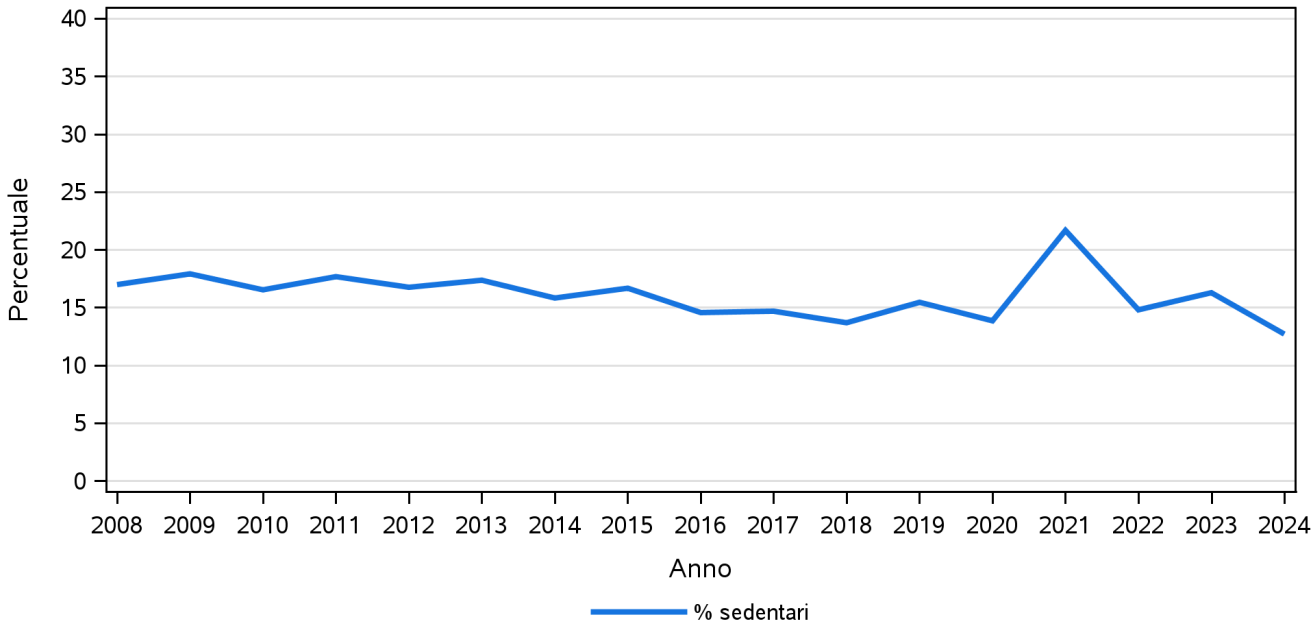


Tabella 2.3.1 Andamento temporale della percentuale di sedentari, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**14,8 (13,9-15,8)**	**20,1 (17,6-22,9)**	**15,4 (13,4-17,8)**	**16,3 (14,7-18,0)**	**12,7 (11,4-14,2)**
Sesso					
Uomini	12,0	15,3	11,3	13,5	10,8
Donne	17,7	24,8	19,7	19,1	14,6
Classe d'età					
18-24 anni	13,1	14,3	16,8	14,6	7,4
25-34 anni	12,7	22,3	17,1	15,6	9,5
35-49 anni	12,5	17,4	13,1	13,2	11,1
50-69 anni	17,8	22,6	16,1	18,9	16,1
Livello di istruzione					
Media inferiore	16,5	20,4	14,9	16,2	17,6
Media superiore	13,2	17,8	15,4	15,4	11,2
Laurea	13,1	20,6	14,5	16,4	10,6
Situazione economica					
Molte difficoltà	26,1	36,0	22,9	23,4	21,3
Qualche difficoltà	15,7	18,9	16,9	15,9	13,6
Nessuna difficoltà	13,4	19,2	14,5	16,1	11,7

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.
IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.3.2 Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di praticare attività fisica per 60 minuti al giorno per almeno 5 giorni a settimana. Veneto, HBSC periodo 2002-2022

Età	2002	2006	2010	2014	2018	2022
11 anni	31,5	36,7	25,2	37,7	34,9	29,4
13 anni	33,5	34,5	28,7	29,5	30,2	29,7
15 anni	27,0	28,5	20,9	23,8	25,2	20,5
17 anni	-	-	-	-	-	18,6

Approfondimenti

- Salute e Prevenzione - Regione Veneto
  https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione
- Epicentro
  https://www.epicentro.iss.it/
- Epicentro - PASSI
  http://www.epicentro.iss.it/passi/
- Indagine HBSC
  https://www.epicentro.iss.it/hbsc/
- ARPA Veneto
  http://www.arpa.veneto.it

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

0412791352-53

2.4 Stato nutrizionale

Delle persone intervistate in Veneto nel 2024 tramite il sistema di sorveglianza PASSI, il 59% risulta essere normopeso, il 29% sovrappeso e il 12% obeso. La Figura 2.4.1 presenta il trend della percentuale di persone con eccesso ponderale, rilevata dallo studio PASSI in Veneto nel periodo 2008-2023. Complessivamente nel 2024 si stima che il 40,6% della popolazione presenti un eccesso ponderale, in leggera diminuzione rispetto al 2023. Analizzando l'andamento temporale dal 2008 al 2024, si può osservare una sostanziale stabilità della quota di persone con eccesso ponderale in Veneto.
L'eccesso ponderale è significativamente più elevato nei maschi (48%) rispetto alle femmine (33%) ed è inoltre più frequente con l'aumentare dell'età (Tabella 2.4.1). In particolare, nel 2024 ha riguardato il 44% dei 35-49enni e il 49% dei 50-69enni. In quest'ultima classe di età, tuttavia, va segnalato che si tratta del valore più basso dal 2018 in poi.
Si osserva una associazione tra eccesso ponderale e livello di istruzione, con valori più elevati tra i soggetti con titolo di studio più basso (51%); inoltre la quota di soggetti in eccesso ponderale è più elevata tra gli intervistati che lamentano difficoltà economiche rispetto a coloro che non ne riportano nessuna.

Dall'indagine HBSC condotta nel 2022 va registrato un valore prossimo al 20% di eccesso ponderale tra i ragazzi di 11 anni ed un 17,4% tra quelli di 13 anni: si tratta dei valori più elevati negli ultimi 12 anni. Un dato più favorevole riguarda i 15enni (13%) ed i 17enni (15,7%) (Tabella 2.4.2).

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dai sistemi di sorveglianza PASSI e HBSC.
PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.
HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute e sugli stili di vita degli adolescenti (11-13-15 anni e, dal 2022, 17 anni). HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute e sui fattori che li possono influenzare, per produrre indicazioni utili per definire le politiche sociali e sanitarie a favore degli adolescenti. La rilevazione viene condotta ogni quattro anni: gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2022.

Figura 2.4.1 Andamento temporale della percentuale di persone con eccesso ponderale. Veneto, PASSI periodo 2008-2024

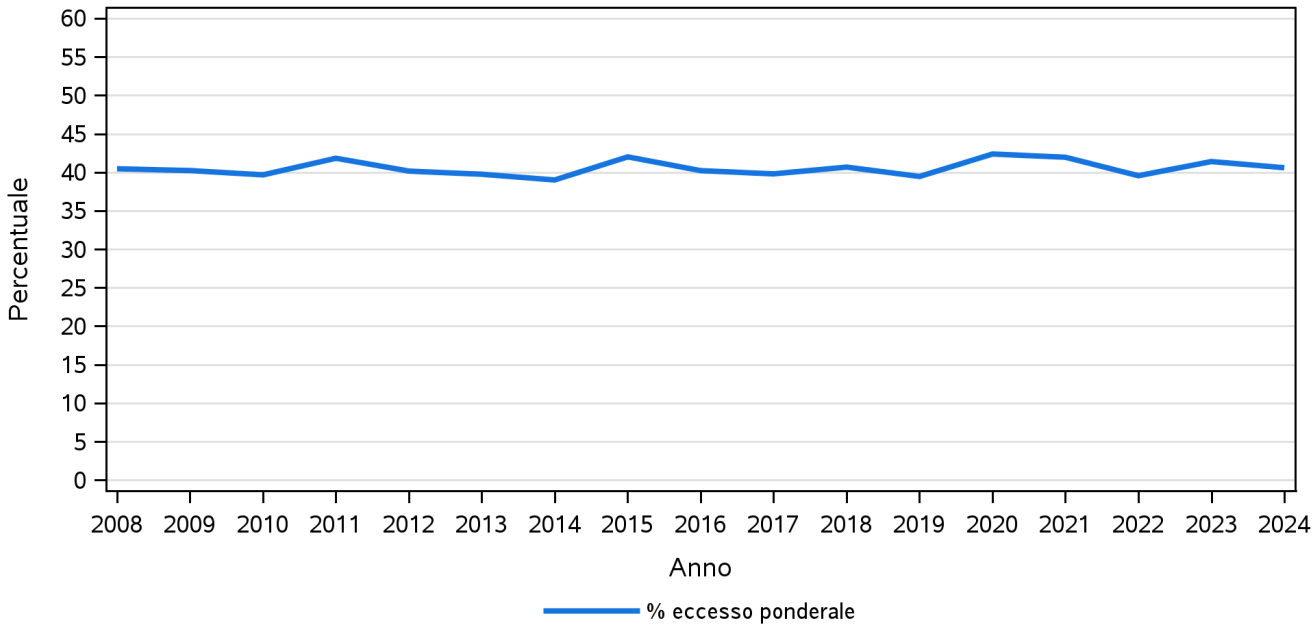


Tabella 2.4.1 Andamento temporale della percentuale di persone in eccesso ponderale, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**40,1 (38,8-41,3)**	**42,1 (39,2-45,1)**	**39,6 (36,5-42,7)**	**41,4 (39,3-43,6)**	**40,6 (38,6-42,6)**
Sesso					
Uomini	48,7	53,2	47,3	51,0	48,4
Donne	31,4	30,9	31,7	31,6	32,7
Classe d'età					
18-24 anni	17,9	10,4	11,6	16,6	17,4
25-34 anni	28,0	34,6	23,6	31,5	26,4
35-49 anni	37,2	39,4	41,3	41,9	44,0
50-69 anni	52,1	54,3	50,3	49,8	48,7
Livello di istruzione					
Media inferiore	51,0	55,6	51,7	54,4	51,1
Media superiore	36,7	35,3	35,1	39,6	41,0
Laurea	27,3	39,3	31,4	30,8	29,8
Situazione economica					
Molte difficoltà	50,5	51,4	45,6	62,1	50,1
Qualche difficoltà	43,1	44,7	43,4	47,8	47,0
Nessuna difficoltà	37,9	40,5	37,8	37,8	37,8

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.
IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.4.2 Andamento temporale della percentuale di ragazzi in eccesso ponderale. Veneto, HBSC periodo 2002-2022

Età	2002	2006	2010	2014	2018	2022
11 anni	19,1	25,9	17,6	15,3	18,3	19,4
13 anni	16,2	20,4	15,7	13,7	16,0	17,4
15 anni	14,5	19,4	13,5	14,9	15,0	13,1
17 anni	-	-	-	-	-	15,7

Approfondimenti

- Salute e Prevenzione - Regione Veneto
  https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione
- Epicentro
  https://www.epicentro.iss.it/
- Epicentro - PASSI
  http://www.epicentro.iss.it/passi/
- Indagine HBSC
  https://www.epicentro.iss.it/hbsc/
- ARPA Veneto
  http://www.arpa.veneto.it

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

0412791352-53

2.5 Rischio cardiovascolare

Il sistema di sorveglianza PASSI indaga la prevalenza di alcuni fattori di rischio cardiovascolare, tra cui ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete.

Tra gli intervistati veneti tra i 18 e 69 anni che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa nel 2024, riferiscono di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa il 21%. Rispetto al 2023 si riscontra un incremento di più di due punti percentuali che riporta il valore a quanto rilevato nel biennio 2020-2021 (Tabella 2.5.1).

Nel 2024 la percentuale di ipertesi mostra un eccesso nei maschi rispetto alle femmine. Come atteso, la percentuale di ipertesi cresce con l'aumentare dell'età; nel 2024 questa condizione è stata riferita dal 13% dei 35-49enni e dal 35% dei 50-69enni.
L'ipertensione risulta più frequente tra le classi con un livello di istruzione inferiore ed in presenza di importanti difficoltà economiche.
Il 73% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Tra le persone di 18-69 anni che riferiscono di essere state sottoposte a misurazione del colesterolo, è stata riscontrata ipercolesterolemia nel 25% dei casi (Tabella 2.5.2). L'ipercolesterolemia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con livelli di istruzione più bassi e con molte difficoltà economiche.
In Veneto, il 40% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Complessivamente il 3,9% degli intervistati hanno dichiarato di essere affetti da diabete (Tabella 2.5.3) con una prevalenza maggiore nei maschi rispetto alle femmine. La percentuale di diabetici aumenta con l'età, arrivando al 6,5% dei 50-69enni, ed è risultata particolarmente elevata tra le persone con molte difficoltà economiche e con una bassa scolarità.

La Tabella 2.5.4 riporta la prevalenza di altri fattori di rischio cardiovascolare rilevati dal sistema PASSI. Si sottolinea in particolare il fatto che più del 90% degli intervistati dichiara di assumere meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dal sistema di sorveglianza PASSI.
PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.

Tabella 2.5.1 Andamento temporale della percentuale di ipertesi, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**19,4 (18,4-20,5)**	**21,1 (18,9-23,5)**	**16,9 (14,7-19,4)**	**18,3 (16,7-19,9)**	**20,7 (19,2-22,4)**
Sesso					
Uomini	21,3	25,4	16,7	20,6	23,9
Donne	17,5	16,7	17,1	15,9	17,6
Classe d'età					
18-24 anni	2,5	1,9	2,4	1,6	2,0
25-34 anni	4,0	4,0	2,0	2,5	4,7
35-49 anni	11,1	10,6	11,6	10,1	13,4
50-69 anni	34,2	38,9	28,9	32,7	35,3
Livello di istruzione					
Media inferiore	26,5	29,0	22,3	28,6	30,7
Media superiore	15,9	17,0	17,6	16,1	20,1
Laurea	13,3	15,7	8,0	10,1	12,8
Situazione economica					
Molte difficoltà	24,4	31,1	30,2	33,0	32,1
Qualche difficoltà	20,3	23,3	13,9	22,0	22,9
Nessuna difficoltà	18,6	19,8	17,1	16,0	19,2

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.
IC = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.5.2 Andamento temporale della percentuale di persone con elevati livelli di colesterolo, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**26,0 (24,8-27,4)**	**25,7 (23,1-28,4)**	**24,6 (22,0-27,3)**	**23,0 (21,3-24,8)**	**24,8 (23,1-26,6)**
Sesso					
Uomini	27,2	24,7	23,9	23,3	24,0
Donne	24,9	26,7	25,2	22,7	25,6
Classe d'età					
18-24 anni	6,5	3,8	1,1	2,5	4,1
25-34 anni	12,0	12,7	7,3	7,0	10,7
35-49 anni	17,1	19,5	19,5	17,0	17,1
50-69 anni	37,9	39,5	39,3	37,0	39,4
Livello di istruzione					
Media inferiore	30,8	34,0	24,8	28,7	29,6
Media superiore	23,2	22,9	23,9	20,8	22,8
Laurea	22,7	19,9	25,4	20,9	24,2
Situazione economica					
Molte difficoltà	25,6	28,7	30,1	20,8	27,3
Qualche difficoltà	24,6	25,6	23,3	25,5	24,7
Nessuna difficoltà	26,7	25,4	24,9	22,3	24,8

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.
IC = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.5.3 Andamento temporale della percentuale di diabetici, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**3,9 (3,4-4,5)**	**4,2 (3,1-5,7)**	**3,8 (2,7-5,2)**	**4,6 (3,8-5,7)**	**3,9 (3,2-4,9)**
Sesso					
Uomini	4,4	4,7	3,6	5,4	4,7
Donne	3,4	3,7	4,0	3,8	3,1
Classe d'età					
18-24 anni	0,8	0,2	0,4	0,5	0,4
25-34 anni	1,3	2,5	1,8	0,9	1,3
35-49 anni	2,3	1,6	2,9	2,9	2,7
50-69 anni	6,9	7,6	5,8	7,9	6,5
Livello di istruzione					
Media inferiore	4,9	5,9	5,3	8,8	6,3
Media superiore	3,0	2,9	2,5	3,3	3,8
Laurea	2,2	2,5	4,5	1,2	1,9
Situazione economica					
Molte difficoltà	6,2	1,3	11,9	12,6	11,2
Qualche difficoltà	4,7	5,5	4,2	6,2	6,6
Nessuna difficoltà	3,4	4,0	3,2	3,6	2,5

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.
IC = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.5.4 Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione veneta. Veneto, PASSI anno 2024

Fattori di rischio cardiovascolare	%	IC 95%
Ipertensione arteriosa	20,7	(19,2-22,4)
Ipercolesterolemia	24,8	(23,1-26,6)
Sedentarietà	12,7	(11,4-14,2)
Fumo	19,0	(17,4-20,7)
Eccesso ponderale	40,6	(38,6-42,6)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	92,6	(91,4-93,7)
Diabete	3,9	(3,2-4,9)

IC = Intervallo di Confidenza al 95%

Approfondimenti

- Salute e Prevenzione - Regione Veneto
  https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione
- Epicentro
  https://www.epicentro.iss.it/
- Epicentro - PASSI
  http://www.epicentro.iss.it/passi/
- Indagine HBSC
  https://www.epicentro.iss.it/hbsc/
- ARPA Veneto
  http://www.arpa.veneto.it

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

0412791352-53

2.6 Diseguaglianze di salute

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, complessivamente nel 2024 il 5% degli intervistati ha dichiarato di avere molte difficoltà economiche, il 24% qualche difficoltà e il 71% nessuna difficoltà (Tabella 2.6.1).
La percentuale di intervistati che non ha dichiarato nessuna difficoltà economica è maggiore nei maschi (74%) rispetto alle femmine (67%). Si trovano più persone con molte difficoltà economiche nelle fasce di età 35-49 e 50-69 anni (rispettivamente il 6,5% e 4,6%) e nei soggetti con basso livello di istruzione (9,1% tra coloro con licenza media inferiore). Tra i laureati, il 79% ha dichiarato di non aver difficoltà economiche e solo il 19% di averne qualcuna.

I fattori di rischio rilevati tramite l'indagine PASSI nel 2024 risultano uniformemente più frequenti nella categoria di persone che lamenta importanti difficoltà economiche (Tabella 2.6.2).

Complessivamente, il 79% degli intervistati ha dichiarato di non essere affetto da patologie croniche, il 17% di averne una ed il 4% di averne due o più (Tabella 2.6.3). Come atteso, la percentuale di persone con una o più patologie croniche aumenta con l'età. Non si osservano importanti differenze nella presenza di patologie croniche in relazione al sesso, mentre si può osservare come le persone con bassi livelli di istruzione siano affette da una o più patologie croniche (26%) rispetto al 21% di chi ha una licenza media superiore e al 17% dei laureati. La prevalenza di patologie croniche è maggiore anche nei soggetti con molte difficoltà economiche (33%) rispetto al 25% di chi ha poche difficoltà e 19% in assenza di difficoltà.

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dal sistema di sorveglianza PASSI.
PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.

Tabella 2.6.1 Caratteristiche socio-demografiche degli intervistati, per situazione economica. Veneto, PASSI anno 2024

	Situazione economica		
	Molte difficoltà	**Qualche difficoltà**	**Nessuna difficoltà**
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**4,9 (4,1-5,9)**	**24,4 (22,6-26,2)**	**70,8 (68,8-72,6)**
Sesso			
Uomini	3,7	22,1	74,2
Donne	6,1	26,7	67,3
Classe d'età			
18-24 anni	2,6	20,7	76,8
25-34 anni	4,4	23,5	72,1
35-49 anni	6,5	27,7	65,8
50-69 anni	4,6	23,4	72,1
Livello di istruzione			
Media inferiore	9,1	27,0	63,9
Media superiore	4,2	25,4	70,4
Laurea	2,3	19,2	78,5

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.6.2 Fattori di rischio degli intervistati, per situazione economica. Veneto, PASSI anno 2024

	Situazione economica		
	Molte difficoltà	**Qualche difficoltà**	**Nessuna difficoltà**
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Fumatori	34,9 (26,5-44,4)	24,3 (20,7-28,2)	16,1 (14,4-18,0)
Sedentari	21,3 (14,5-30,1)	13,6 (10,9-17,0)	11,7 (10,2-13,4)
Eccesso ponderale	50,1 (40,6-59,6)	47,0 (42,8-51,2)	37,8 (35,4-40,2)
Ipertensione	32,1 (24,2-41,2)	22,9 (19,5-26,7)	19,2 (17,4-21,2)
Ipercolesterolemia	27,3 (19,6-36,6)	24,7 (21,2-28,5)	24,8 (22,7-26,9)
Diabete	11,2 (6,4-19,0)	6,6 (4,6-9,3)	2,5 (1,9-3,4)
Almeno 1 patologia cronica	19,3 (13,0-27,6)	19,5 (16,3-23,1)	15,8 (14,1-17,6)

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.6.3 Numero di patologie croniche, per diverse caratteristiche socio-demografiche degli intervistati. Veneto, PASSI anno 2024

	Numero di patologie croniche		
	Liberi da patologia	**1 patologia cronica**	**2 o più patologie croniche**
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	79,2 (77,5-80,8)	16,9 (15,4-18,5)	4,0 (3,2-4,9)
Sesso			
Uomini	79,5	16,5	3,9
Donne	78,9	17,2	3,9
Classe d'età			
18-24 anni	88,2	9,7	2,1
25-34 anni	89,7	8,5	1,8
35-49 anni	82,8	15,1	2,0
50-69 anni	71,2	22,4	6,4
Livello di istruzione			
Media inferiore	74,3	19,9	5,8
Media superiore	79,3	17,2	3,6
Laurea	83,5	13,7	2,8
Situazione economica			
Molte difficoltà	67,3	19,3	13,4
Qualche difficoltà	75,1	19,5	5,4
Nessuna difficoltà	81,4	15,8	2,9

IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Approfondimenti

- Salute e Prevenzione - Regione Veneto
  https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione
- Epicentro
  https://www.epicentro.iss.it/
- Epicentro - PASSI
  http://www.epicentro.iss.it/passi/
- Indagine HBSC
  https://www.epicentro.iss.it/hbsc/
- ARPA Veneto
  http://www.arpa.veneto.it

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

0412791352-53

2.7 Sicurezza stradale

Il sistema di sorveglianza PASSI indaga alcuni comportamenti associati alla sicurezza stradale. L'abitudine all'utilizzo della cintura di sicurezza posteriore è aumentato nel tempo, passando dal 44% nel 2018-2019 al 59% nel 2024 (Tabella 2.7.1).
La percentuale è leggermente superiore nelle femmine rispetto ai maschi e sensibilmente più elevata tra i giovani di 18-24 (70%) e 25-34 anni (64%), nei laureati (63%) e nelle persone con nessuna difficoltà economica (61%).
La percentuale di persone che hanno dichiarato di guidare sotto l'effetto dell'alcol nel 2024 è stata pari al 7,8% degli intervistati, in aumento rispetto al 2023 (Tabella 2.7.2). Si registra un rischio molto maggiore negli uomini rispetto alla donne (10,8% rispetto al 3,7%) e nella classe di età dei 25-34 anni (13,4%).

Nota Metodologica

I dati presentati derivano dal sistema di sorveglianza PASSI.
PASSI è un sistema di sorveglianza continuo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni. Un campione rappresentativo della popolazione viene intervistato telefonicamente da personale delle Aziende ULSS specificamente formato. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.

Tabella 2.7.1 Andamento temporale della percentuale di persone che utilizzano la cintura posteriore in auto, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**44,5 (43,0-45,9)**	**61,7 (58,2-65,2)**	**59,5 (56,0-62,9)**	**55,4 (53,0-57,7)**	**58,9 (56,7-61,1)**
Sesso					
Uomini	44,6	59,7	59,2	52,6	58,6
Donne	44,3	63,4	59,8	57,8	59,2
Classe d'età					
18-24 anni	53,4	66,4	72,4	60,2	69,5
25-34 anni	40,9	62,7	55,5	66,1	64,0
35-49 anni	42,9	58,8	59,2	57,4	54,6
50-69 anni	44,4	62,1	57,8	48,6	56,9
Livello di istruzione					
Media inferiore	42,8	64,5	56,4	47,0	55,9
Media superiore	45,4	59,7	59,4	55,6	58,2
Laurea	43,4	61,4	64,1	63,6	63,0
Situazione economica					
Molte difficoltà	41,9	57,9	58,9	47,7	58,6
Qualche difficoltà	43,1	64,4	55,4	50,2	53,9
Nessuna difficoltà	45,3	61,2	61,5	57,5	60,6

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.
IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Tabella 2.7.2 Andamento temporale della percentuale di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol, per differenti variabili socio-demografiche. Veneto, PASSI periodo 2018-2024

	2018-2019	2020-2021*	2022	2023	2024
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	**9,3 (8,4-10,3)**	**7,9 (5,9-10,6)**	**7,8 (5,9-10,4)**	**6,8 (5,6-8,3)**	**7,8 (6,5-9,3)**
Sesso					
Uomini	13,0	12,8	11,7	9,5	10,8
Donne	3,9	1,3	2,6	3,1	3,7
Classe d'età					
18-24 anni	5,2	9,5	2,5	2,8	8,5
25-34 anni	11,7	11,9	12,1	9,6	13,4
35-49 anni	9,3	4,1	8,0	8,8	8,2
50-69 anni	9,6	8,9	7,3	5,2	5,5
Livello di istruzione					
Media inferiore	9,6	12,5	8,1	4,3	6,7
Media superiore	9,3	5,6	9,3	8,6	8,1
Laurea	9,0	8,8	5,1	5,4	8,2
Situazione economica					
Molte difficoltà	7,7	10,2	12,1	7,8	5,7
Qualche difficoltà	10,0	5,1	5,4	7,5	5,6
Nessuna difficoltà	9,2	8,8	8,6	6,6	8,3

* I dati 2020-2021 possono non essere rappresentativi della popolazione regionale, in quanto a causa della pandemia alcune Aziende ULSS hanno condotto un numero limitato di interviste.
IC 95% = Intervallo di Confidenza al 95%

Approfondimenti

- Salute e Prevenzione - Regione Veneto
  https://www.regione.veneto.it/salute-e-prevenzione
- Epicentro
  https://www.epicentro.iss.it/
- Epicentro - PASSI
  http://www.epicentro.iss.it/passi/
- Indagine HBSC
  https://www.epicentro.iss.it/hbsc/
- ARPA Veneto
  http://www.arpa.veneto.it

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro 3493, Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

0412791352-53

Popolazione e salute

3. Mortalità generale e per causa

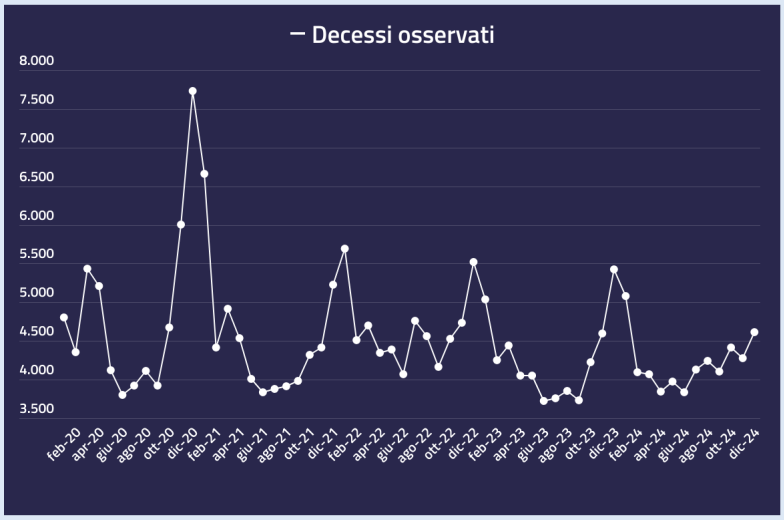
CONTENUTI

- 3.1 Mortalità generale
- 3.2 Mortalità per causa

MORTALITA' GENERALE

50.681
decessi TOTALI nel 2024

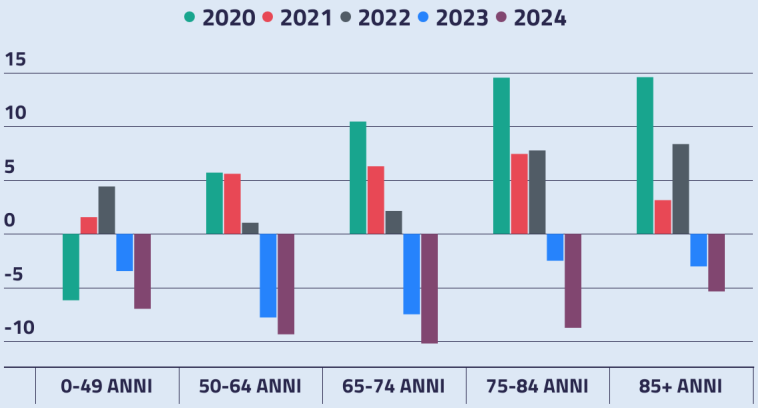
-0,9% rispetto al 2023



Fonte: Anagrafe Unica Assistiti Regione Veneto

% VARIAZIONE mortalità totale

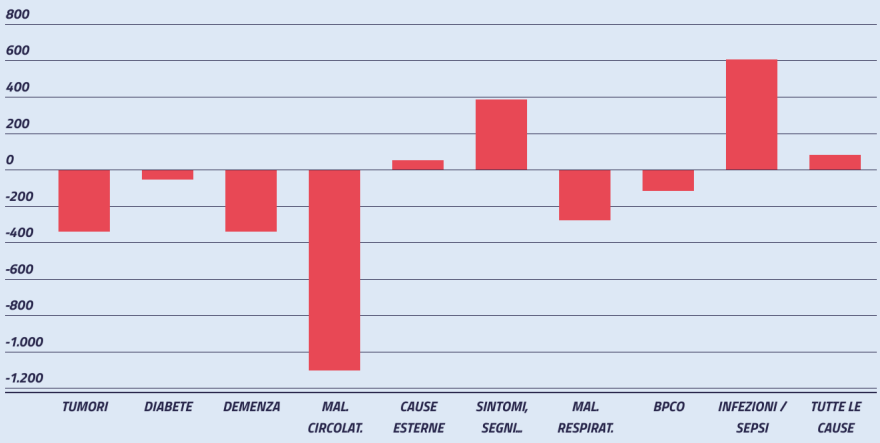
rispetto al triennio 2017-2019



Fonte: Anagrafe Unica Assistiti Regione Veneto

VARIAZIONE ASSOLUTA

gen-set 2024 rispetto al biennio 2018-2019



Fonte: Registro regionale di Mortalità

3.1 Mortalità generale

L'Anagrafe Unica Assistiti della Regione del Veneto è stata analizzata per esaminare l'andamento della mortalità generale nei periodi pre-pandemico, pandemico e post-pandemico. La Figura 3.1.1 mostra il tasso standardizzato di mortalità per sesso nel periodo 2012–2024. Si osserva un tasso costantemente più alto nei maschi rispetto alle femmine. Il tasso risulta in decrescita fino al 2019, subisce una netta inversione nel 2020 con l'inizio della pandemia, segue una stabilizzazione nel biennio 2021–2022 su livelli superiori al pre-pandemia e, infine, cala progressivamente nel 2023 e 2024 riallineandosi al trend di lungo periodo in riduzione. Le Figure 3.1.2A e 3.1.2B illustrano le variazioni percentuali dei tassi di mortalità per classe d'età rispetto alla media 2017–2019, suddivise per sesso e anno. Le variazioni hanno interessato prevalentemente le fasce adulte e anziane (50+ anni), con un picco nel 2020, in alcuni casi superiore al 15%. In quell'anno si è registrata una lieve riduzione della mortalità tra i più giovani, attribuibile alla diminuzione degli incidenti stradali durante il lockdown, seguita da un rialzo della mortalità maschile nel biennio successivo. Sempre nel 2020, l'incremento nelle classi di età tra i 50 e gli 84 anni è stato particolarmente evidente tra gli uomini.
Nel 2021, la mortalità si è ridotta tra i grandi anziani, ma è rimasta elevata per gli uomini tra i 50–84 anni e per le donne tra i 65–84 anni. Questo andamento può essere in parte attribuito all'inizio della campagna vaccinale, che ha coinvolto prioritariamente gli operatori sanitari, gli ospiti delle strutture residenziali e la popolazione over 80.
Nel 2022 si sono osservati eccessi di mortalità tra gli over 74. Nel 2023 e 2024, infine, la mortalità è calata in tutte le fasce d'età e in entrambi i sessi, scendendo sotto i livelli del periodo pre-pandemico.
La Figura 3.1.3 rappresenta la serie dei decessi nel periodo 2018–2024. Si evidenziano aumenti di mortalità durante le stagioni invernali, ed i picchi in corrispondenza delle successive ondate della pandemia da Covid-19.

Nota Metodologica

Il contributo utilizza i dati sullo stato in vita dell'Anagrafe Unica Regionale del Veneto (AUR). Per confrontare la mortalità in tempi diversi all'interno della stessa area è necessario tener conto delle differenti strutture per età delle popolazioni in esame. A questo scopo uno dei metodi più utilizzati è la tecnica della standardizzazione diretta. Essa consiste nel calcolo di una media ponderata dei tassi di mortalità specifici per età delle varie popolazioni in studio, utilizzando come "pesi" la distribuzione per età di una popolazione di riferimento, denominata "standard". La popolazione standard utilizzata è quella della Regione del Veneto al 1° gennaio 2020 (ISTAT). Sono stati utilizzati tassi per fasce di età quinquennali, tranne per le fasce di età estreme: la classe di età 0-4 anni è stata suddivisa in due parti (0 anni e 1-4 anni) e si è utilizzata un'unica fascia di età sopra i 90 anni.

Figura 3.1.1 Tasso standardizzato annuale di mortalità (per 100.000 ab.) per sesso, Veneto, anni 2012-2024.

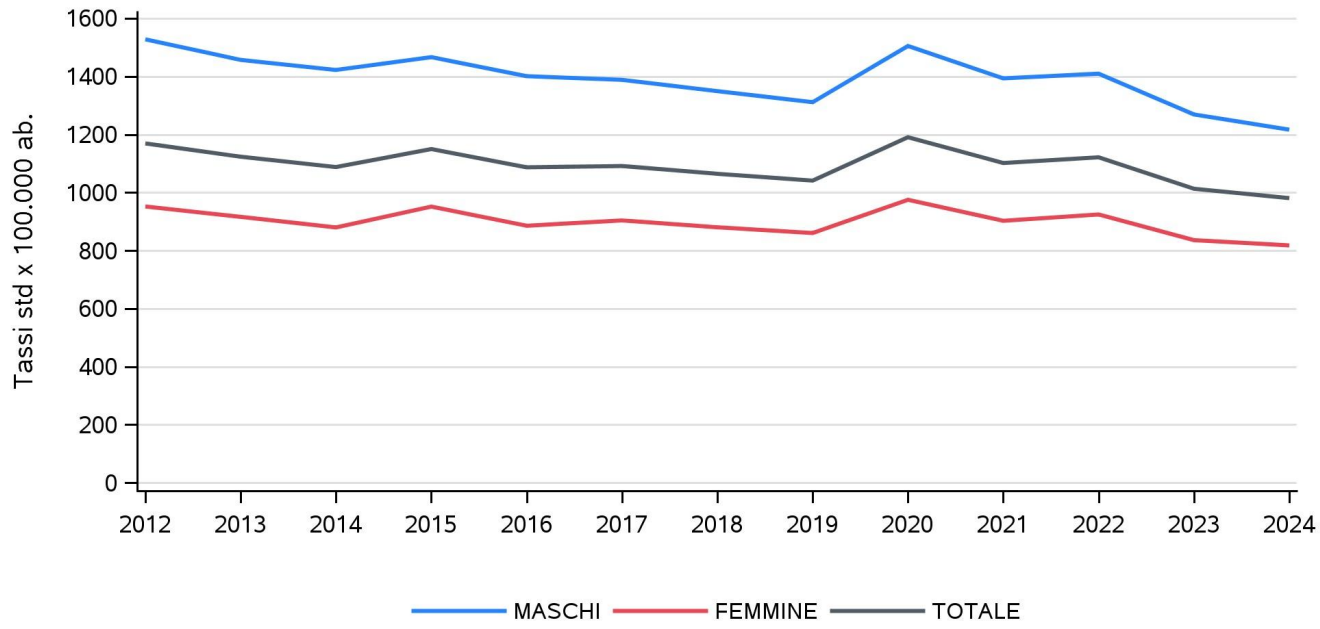


Figura 3.1.2 Variazione dei tassi di mortalità (%) rispetto al triennio 2017-2019, per anno, classi d'età e sesso, Veneto

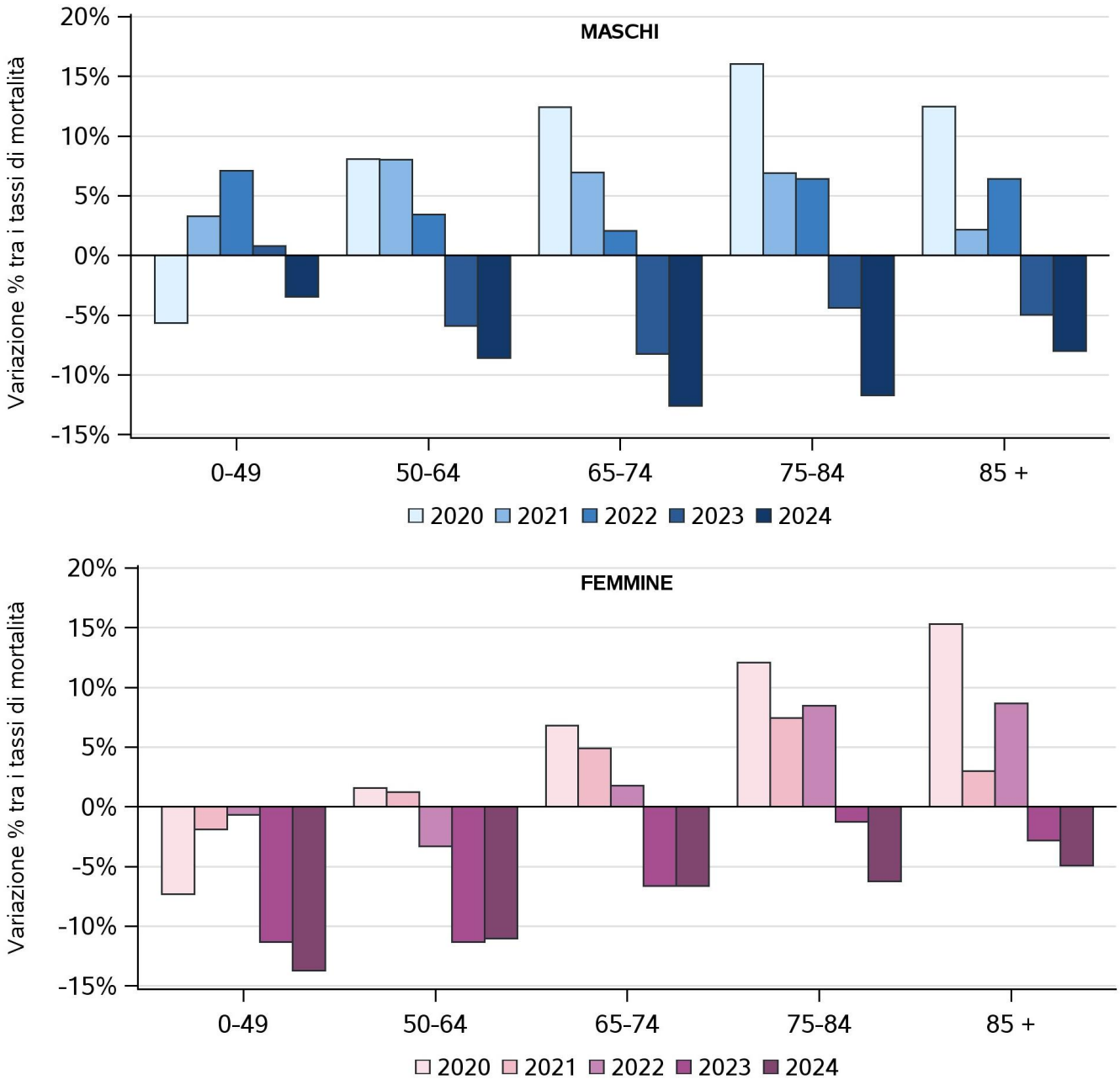
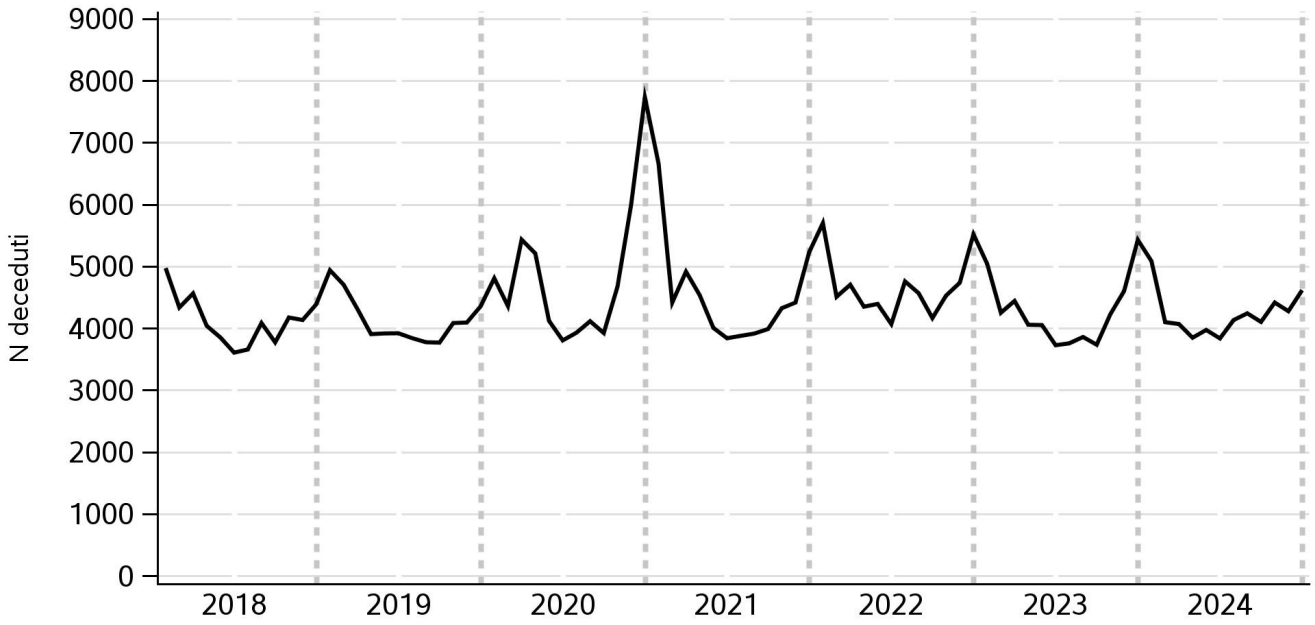


Figura 3.1.3 Serie storica mensile dei deceduti, Veneto, 01.01.2018 – 31.12.2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049-8778252

3.2 Mortalità per causa

La pandemia ha determinato una transitoria redistribuzione delle principali cause di morte, con il 9-10% dei decessi attribuiti al COVID-19 nel 2020-2021. Al termine della pandemia, sono ripresi i precedenti trend di lungo periodo, legati all'estremo invecchiamento della popolazione ed alle pratiche di certificazione. Infatti, se nel 2008-2009 circa il 64% dei decessi era attribuito a malattie circolatorie e tumori, tale proporzione è scesa a circa il 52% nel 2023-2024 (i dati del 2024 sono ancora provvisori e si riferiscono ai primi 9 mesi). Nel contempo, è aumentata la percentuale attribuita a malattie neurodegenerative ed infettive: Alzheimer, demenza senile o non specificata, Parkinson, ed altre patologie che nella classificazione internazionale delle malattie-decima revisione (ICD-10) ricadono nei capitoli delle malattie neurologiche e psichiatriche; polmoniti, infezioni urinarie, sepsi di origine non specificata. Purtroppo, nel tempo è cresciuta anche la quota attribuita a condizioni mal definite (codici R ed altri codici aspecifici in ICD-10), con dizioni poco informative quali senilità, causa naturale, decadimento generale, arresto cardiaco (Figura 3.2.1).
Oltre che sulla causa iniziale di morte selezionata secondo le regole internazionali di codifica, le analisi dell'archivio regionale sono condotte anche sulle cause multiple (qualsiasi menzione di una certa patologia nella scheda di morte). Come esempio dell'andamento della mortalità associata ad alcune condizioni croniche, nelle Figure 3.2.2 e 3.2.3 è mostrato l'andamento della mortalità per diabete (ICD-10 E10-E14) e per malattie ipertensive (I10-I15), sia per la causa iniziale che per le cause multiple. Per entrambe le patologie, si può osservare anche negli anni pre-pandemici (2018-2019) una marcata stagionalità, con un aumento dei decessi nel periodo invernale. Durante la pandemia, considerando solo la causa iniziale, si possono intravvedere variazione molto contenute; con l'analisi delle cause multiple, si osservano picchi molto evidenti durante le diverse ondate epidemiche. Bisogna infatti considerare che le analisi routinarie delle cause di morte basate solo sulla causa iniziale scontano l'attribuzione al COVID-19 di una quota rilevante di decessi in soggetti affetti da patologie croniche di base. Nel 2023-2024 i decessi si riallineano all'atteso, per quanto a dicembre 2023 si sia registrato un picco legato alla circolazione di diversi virus respiratori.

Nota Metodologica

Fonte informativa: Registro regionale di Mortalità
Sono analizzati i dati di mortalità per causa consolidati al 2023, e provvisori per i primi 9 mesi del 2024. L'analisi è stata condotta sia sulla causa iniziale di morte, sia sulle cause multiple; la patologie sono classificate secondo l'ICD-10 (Classificazione Internazionale delle Malattie, X Edizione). E' da premettere che la copertura del registro regionale delle cause di morte è intorno al 99% (non viene compilata la scheda di morte per i deceduti all'estero, poche schede non vengono recuperate e non sono trasmesse al SER). Inoltre i dati relativi al 2024 sono ancora provvisori, prima delle operazioni di verifica e recupero delle schede mancanti/illeggibili, e quindi leggermente sottostimati.

Figura 3.2.1 Distribuzione percentuale dei decessi per macro-aggregati di causa di morte, 2008-2024 (dati 2024 provvisori, limitati ai primi 9 mesi). Residenti in Veneto.

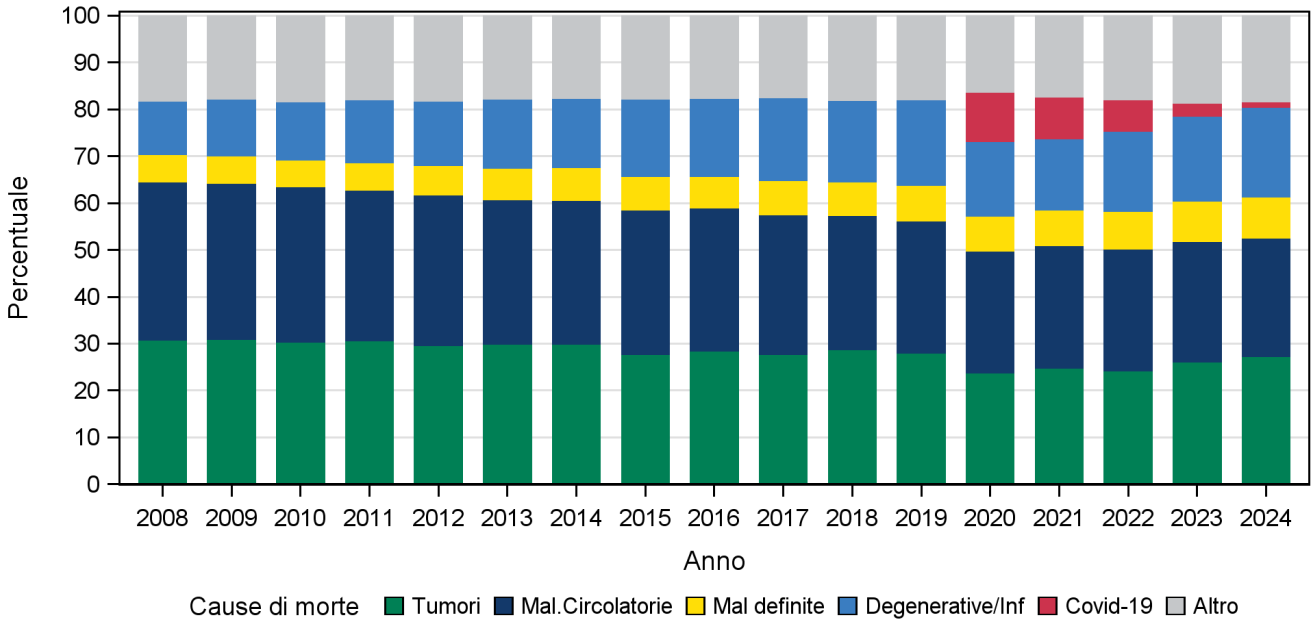


Figura 3.2.2 Andamento mensile della mortalità per diabete (causa iniziale e cause multiple), gennaio 2020 –settembre 2024 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.

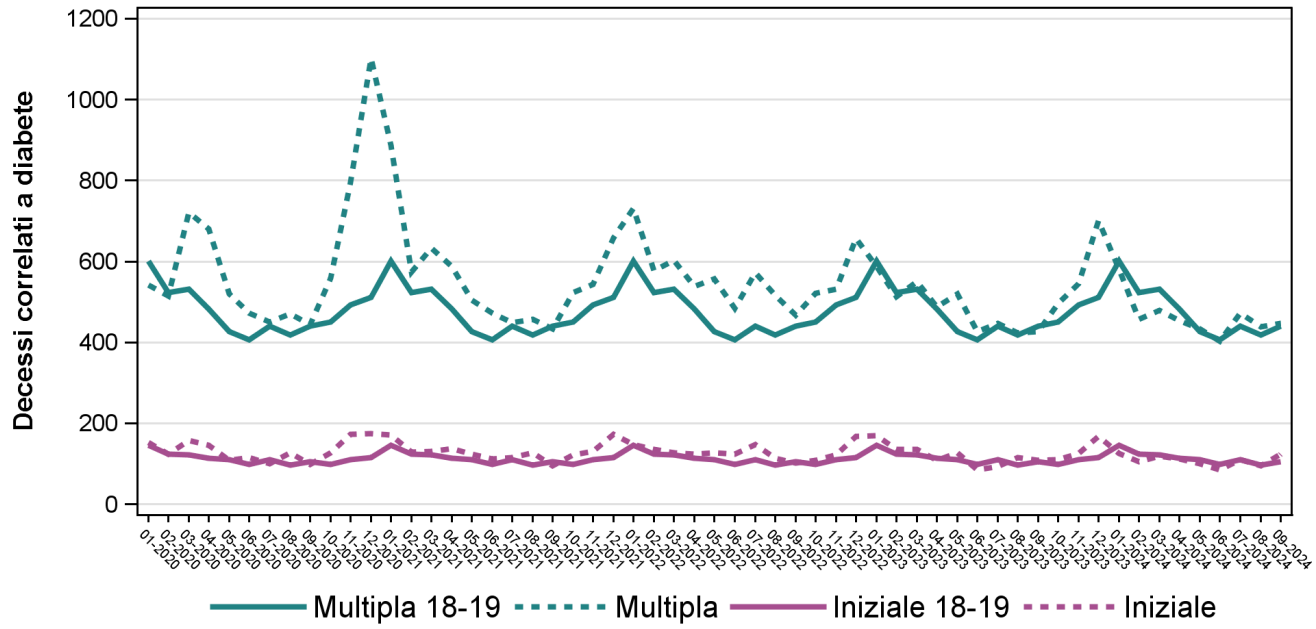
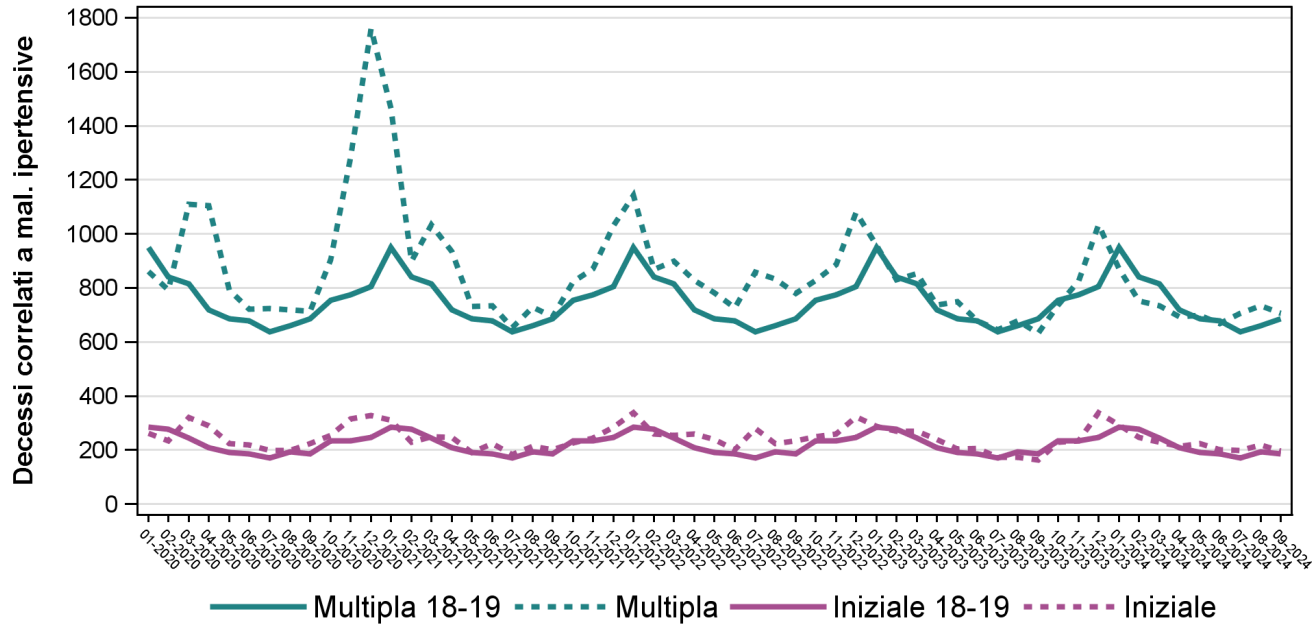


Figura 3.2.3 Andamento mensile della mortalità per malattie ipertensive (causa iniziale e cause multiple), gennaio 2020 –settembre 2024 vs. media biennio 2018-2019. Residenti in Veneto.



Approfondimenti

Report: La mortalità nella Regione del Veneto. Periodo 2020-2022. Area tematica "Mortalità" sul sito del SER

https://www.ser-veneto.it/it/aree-tematiche/mortalit/mortalit

Per maggiori informazioni

Azienda Zero - Regione del Veneto UOC Servizio Epidemiologico Regionale

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

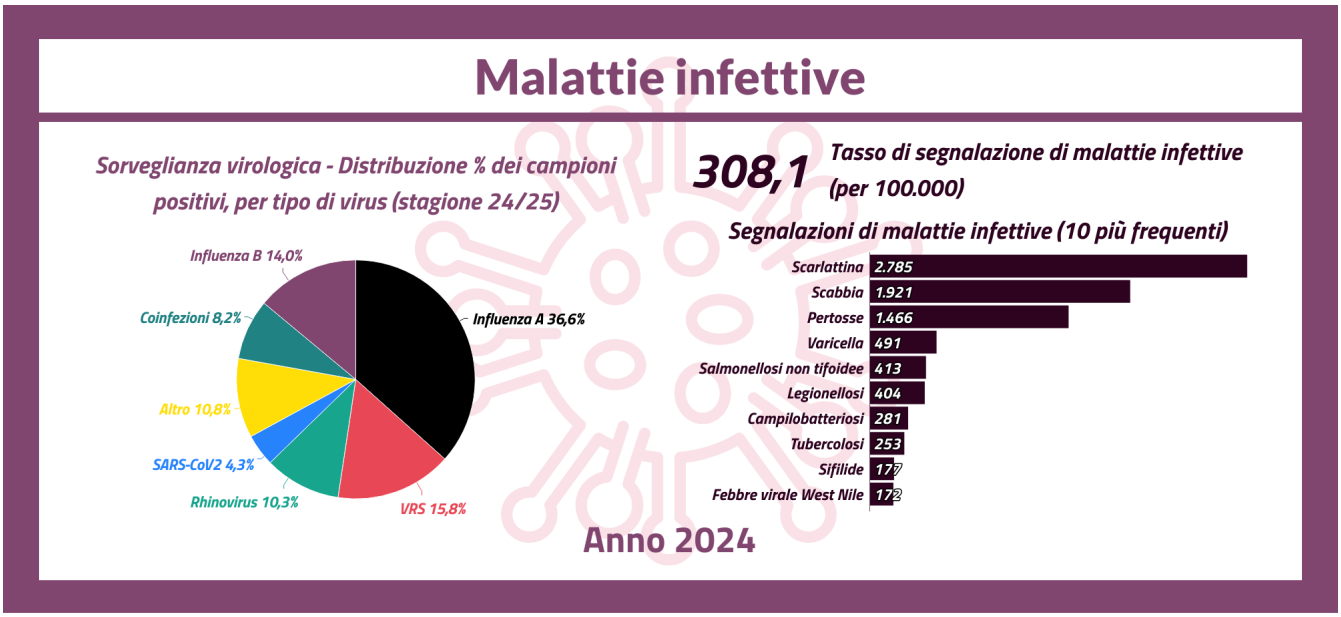
049 8778252

Popolazione e salute

4. Malattie infettive

CONTENUTI

- 4.1 Infezioni respiratorie acute
- 4.2 Malattie infettive



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

4.1 Infezioni respiratorie acute

Con la fine della pandemia da COVID-19 si è registrato un aumento della circolazione degli altri virus respiratori. La Figura 4.1.1 mostra l'andamento settimanale dei casi di sindrome simil-influenzale per 1.000 assistiti nel Veneto durante le ultime stagioni influenzali, dalla settimana 42 alla settimana 17 dell'anno successivo. Le stagioni 2020-2021 e 2021-2022 presentano valori molto bassi, probabilmente legati alle misure di contenimento del COVID-19. Le stagioni 2022-2023 e 2023-2024 si sono invece caratterizzate per picchi particolarmente marcati nelle ultime settimane dell'anno. La stagione 2024-2025 evidenzia il picco tra gennaio e febbraio, più in linea con l'andamento tipico del periodo pre-pandemico; da notare però come il sistema di sorveglianza continui a registrare un'incidenza non trascurabile anche al di fuori dei periodi di picco.

La Figura 4.1.2 mostra il numero settimanale di campioni positivi a diversi virus respiratori rilevati nel Veneto nella stagione 2024-2025. L'andamento evidenzia un aumento progressivo dei casi a partire da fine novembre, con un picco tra gennaio e febbraio 2025 (settimane 03-04), quando si superano i 400 casi settimanali. L'influenza di tipo A risulta predominante, seguita da VRS (virus respiratorio sinciziale) e influenza B. Sono presenti anche casi di SARS-CoV-2 e coinfezioni, seppur in numero minore. Dopo il picco, i casi calano gradualmente fino a primavera.

Il Piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU) prevede l'attivazione di una sorveglianza sindromica basata sugli accessi in Pronto Soccorso (PS) come strumento di allerta rapida. A tal fine, a partire da gennaio 2024 le Aziende inviano i dati di accesso in Pronto Soccorso con cadenza settimanale oltre che mensile; tale modifica nelle periodicità del flusso informativo è funzionale all'avvio di una sorveglianza condotta a livello nazionale dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Nelle more dell'attivazione della sorveglianza nazionale, il Veneto già nel 2023 ha avviato uno studio pilota con i pronto soccorso dell'Azienda Ulss 2 – Marca Trevigiana. Dalla sperimentazione è stato possibile selezionare come indicatore la percentuale di accessi al Pronto soccorso con modalità di accesso corrispondente a tosse/ dispnea, febbre/ patologie respiratorie, sul totale degli accessi al Pronto soccorso. L'indicatore settimanale è confrontato con lo storico registrato nel periodo pre-pandemico 2017-2019 tramite carta di controllo. Le Figure 4.1.3 mostrano una criticità nell'indicatore monitorato a dicembre 2023, con un picco nelle ultime due settimane dell'anno. Il monitoraggio è stato progressivamente esteso a livello regionale a 10 Pronto Soccorso.

Nota Metodologica

La sorveglianza epidemiologica delle sindromi simil-influenzali (ILI) è coordinata a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità, e condotta su base volontaria da medici di medicina generale e pediatria di libera scelta.
La positività a virus respiratori è registrata sempre nell'ambito delle attività di sorveglianza nazionale RespiVirNet. I dati sono raccolti dal laboratorio di riferimento regionale presso la UOC Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedale-Università Padova, e comprendono sia gli isolamenti effettuati presso i laboratori ospedalieri del Veneto, sia i campioni raccolti dalla rete dei medici sentinella ed inviati direttamente al centro di riferimento regionale per l'analisi.
Il monitoraggio della sorveglianza sindromica viene fatto a livello regionale attraverso l'uso di carte di controllo. Le carte di controllo sono strumenti grafici che permettono di monitorare l'andamento di un particolare indicatore confrontandolo con l'atteso.

Figura 4.1.1 Andamento settimanale dell'incidenza delle sindromi simil-influenzali per 1.000 assistiti, stagioni 2017/18-2024/25, Veneto

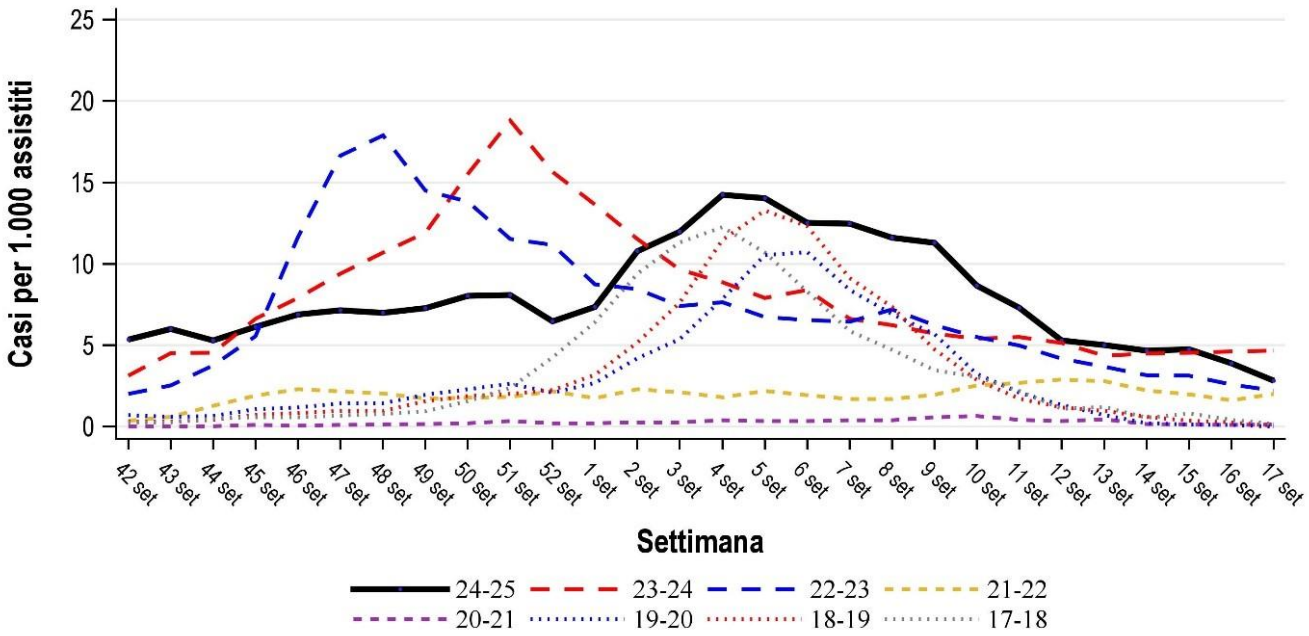


Figura 4.1.2 Andamento settimanale dei campioni risultati positivi per influenza (A e B), VRS, SARS-CoV-2 e coinfezioni (stagione 2024/2025), Veneto

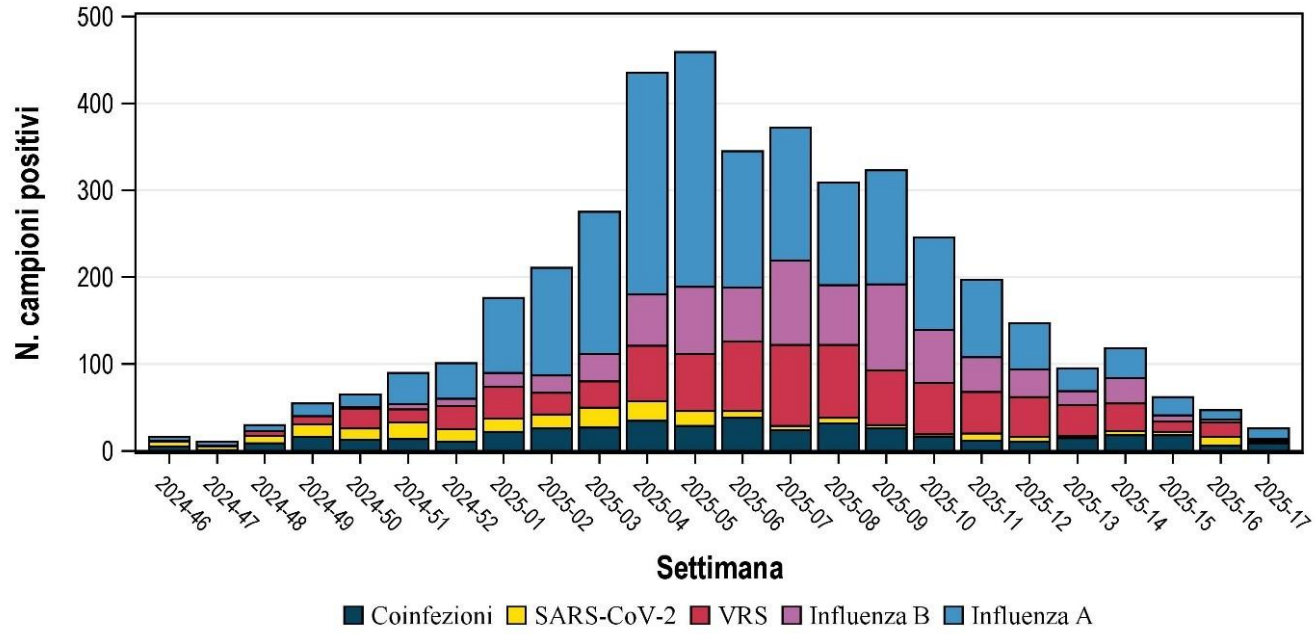
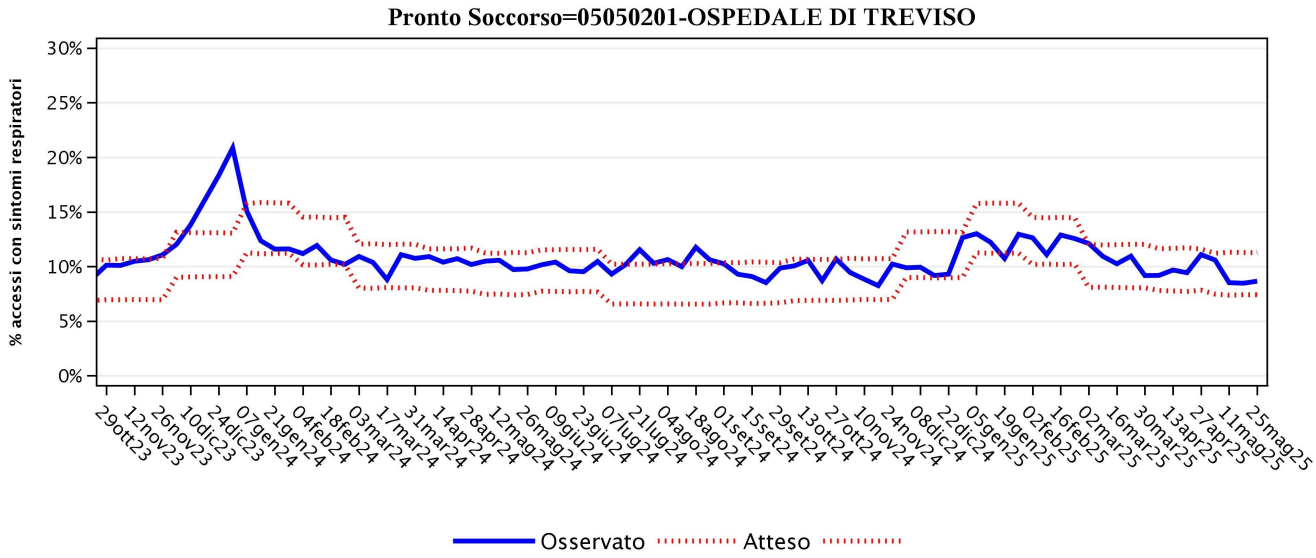


Figura 4.1.3 Percentuale degli accessi per febbre/problemi respiratori sul totale degli accessi nel pronto soccorso di Treviso. Novembre 2023 - Maggio 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049-8778252

4.2 Malattie infettive

La sorveglianza e il controllo delle malattie infettive regionali è organizzata a livello territoriale con la governance dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle AULSS che si occupano di ricevere, gestire e registrare le segnalazioni. A partire dal 2022 la Regione ha adottato un nuovo sistema informatico specifico, aggiornato a quanto previsto dal Decreto Legge del 7 marzo 2022, che ha riformato il precedente flusso di notifiche delle malattie infettive. Le AULSS infatti registrano i dati nell'applicativo regionale che, in conformità con le indicazioni del Decreto Legge del 7 marzo 2022, alimenta il flusso dati nazionale.
L'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive regionale è descritta nella Figura 4.2.1 con i tassi di segnalazione per 100.000 abitanti rapportati alla popolazione. Le segnalazioni per 100.000 abitanti, come evidenziato in Figura 4.2.2, si concentrano prevalentemente nelle fasce di età 0-6 e 7-14 anni. La distribuzione temporale delle segnalazioni di malattia infettiva per l'anno 2024, come evidenziato dalla Figura 4.2.3, mostra una media superiore a 1000 segnalazioni mese nei primi 6 mesi dell'anno, con un picco nel mese di maggio. Nella Tabella 4.2.1 vengono riportati i valori assoluti di segnalazione per le principali malattie infettive a partire dall'anno 2018. Nel periodo post COVID-19 si evidenzia un aumento dei casi di Varicella, Scarlattina, Pertosse, Morbillo, Parotite e Scabbia. Risultano in aumento anche i casi di arbovirosi di importazione, con 70 casi di dengue segnalati nel 2024

Figura 4.2.1 Tasso di segnalazione (per 100.000 abitanti) di tutte le malattie infettive notificate in Regione Veneto per anno di insorgenza sintomi e per genere.

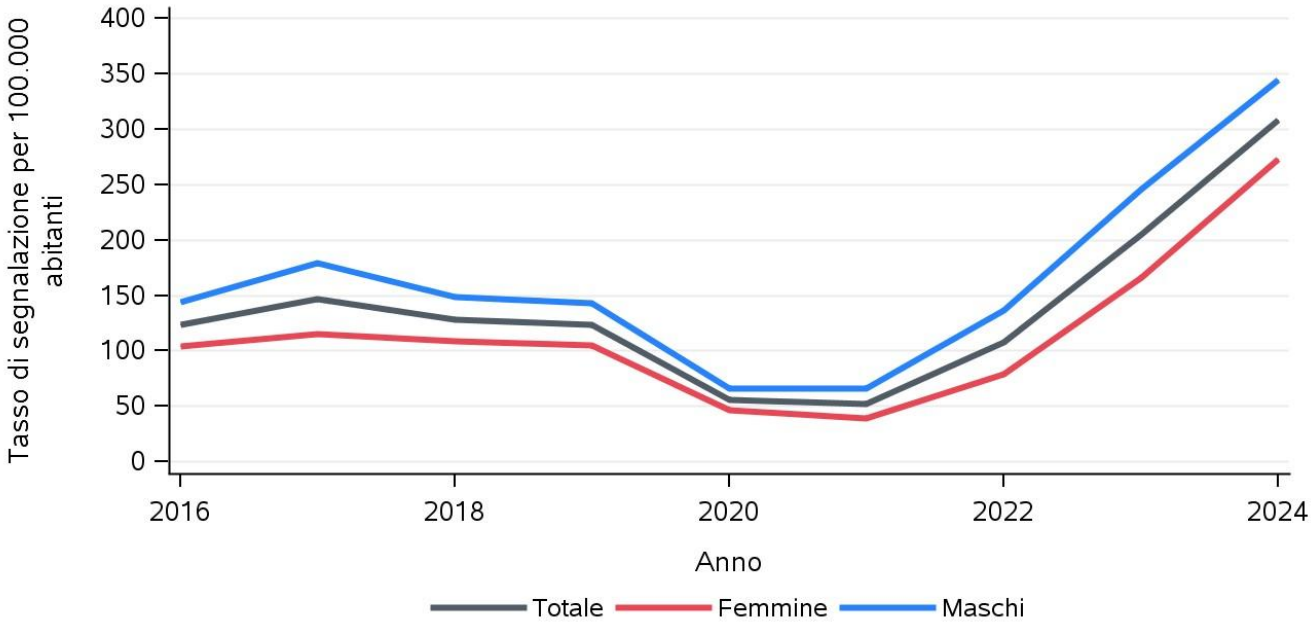


Figura 4.2.2 Tasso di segnalazione (per 100.000 abitanti) di tutte le malattie infettive notificate in Regione Veneto per fascia d'età. Anno di insorgenza sintomi 2024.

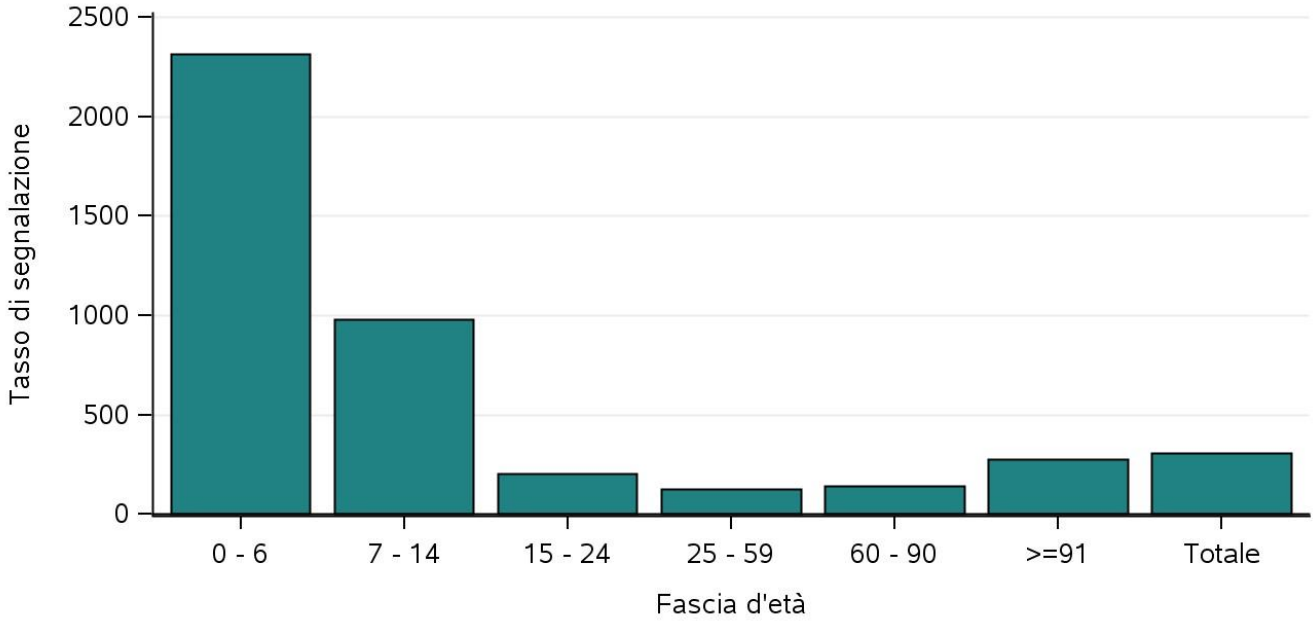


Figura 4.2.3 Numero di segnalazioni di malattie infettive notificate in Regione Veneto per mese di insorgenza sintomi per l'anno 2024.

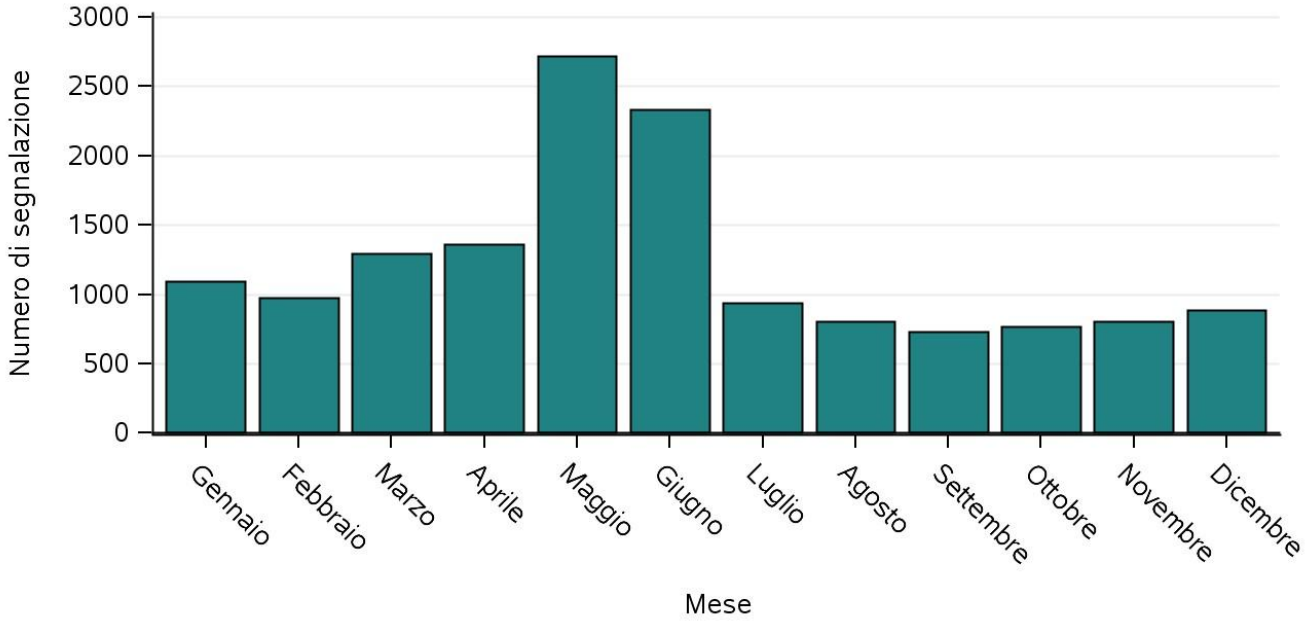


Tabella 4.2.1 Numero di segnalazioni di malattie infettive notificate in Regione Veneto per anno di insorgenza sintomi, anni 2018-2024.

Malattie infettive	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Malaria	137	152	31	71	78	114	92
Legionellosi	215	293	227	212	332	424	404
Tubercolosi	341	306	190	247	241	276	253
Micobatteriosi non tubercolare	28	49	19	21	31	47	26
Morbillo	36	86	6	2	1	2	35
Varicella	1046	820	216	158	292	435	491
Scarlattina	795	738	145	37	116	3637	2785
Pertosse	190	116	14	1	4	58	1466
Parotite	68	50	18	10	29	35	86
Rosolia	1	3	0	1	0	0	0
Difterite	0	0	0	0	0	0	0
Tetano	5	7	2	1	2	1	1
Epatite A	55	38	10	17	15	15	27
Epatite B	21	27	17	13	14	14	33
Epatite C	6	8	4	6	8	10	44
Sifilide	137	89	84	157	163	221	177
Infezione gonococcica	21	36	23	62	134	181	161
Scabbia	516	561	346	394	826	1478	1921
Malattia di Lyme	169	123	72	38	27	54	69
Febbre virale West Nile	399	52	11	12	602	106	172
Tick-borne encephalitis	39	28	24	18	67	43	37
Dengue	34	50	18	4	27	41	79
Salmonellosi non tifoidee	281	331	222	211	342	343	413
Listeriosi	18	25	5	16	29	14	17
Campilobatteriosi	103	105	88	127	133	248	281

Approfondimenti

Pagina Regionale

https://www.regione.veneto.it/web/sanita/malattie-infettive-popolazione

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria

Rio Novo - Dorsoduro 3493 - 30123 Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

041 2791352-53

Popolazione e salute

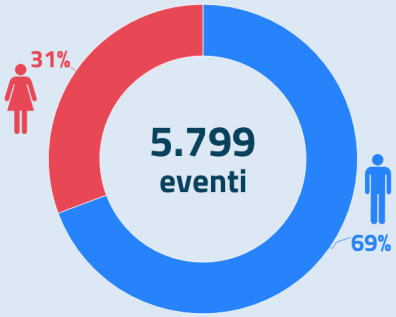
5. Malattie cardiovascolari

CONTENUTI

- 5.1 Infarto miocardico acuto
- 5.2 Ictus
- 5.3 Scompenso cardiaco

MALATTIE CARDIOVASCOLARI - *Veneto, dati anno 2024*

INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO

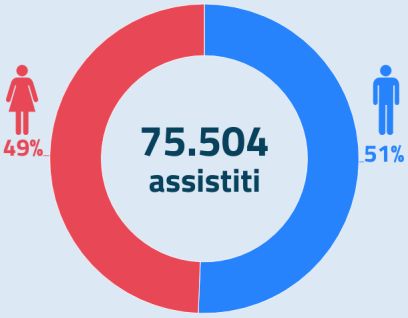


5 su 10 hanno tra 45 e 74 anni

ICTUS

8 su 10 hanno oltre 65 anni

SCOMPENSO CARDIACO



8 su 10 hanno oltre 75 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

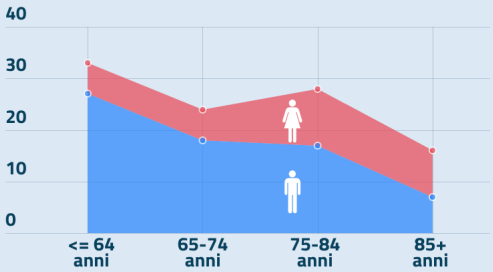
INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO

(Veneto, dati Anno 2024)

Incidenza eventi ospedalizzati

- 72,2 per 100.000 ab.
- 168,3 per 100.000 ab.
- 119,5 per 100.000 ab.

Distribuzione %



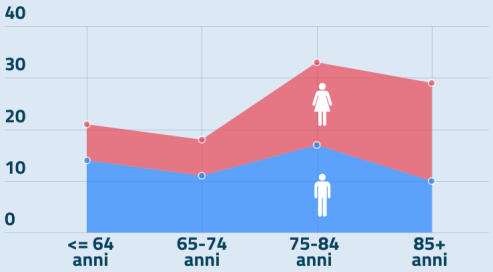
ICTUS

(Veneto, dati Anno 2024)

Incidenza eventi ospedalizzati

- 159,0 per 100.000 ab.
- 172,8 per 100.000 ab.
- 165,8 per 100.000 ab.

Distribuzione %

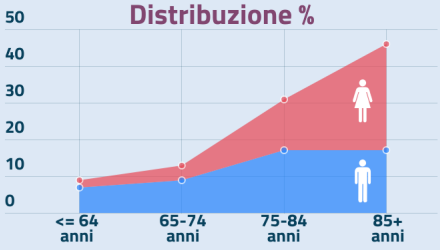


SCOMPENSO CARDIACO *(Veneto, dati Anno 2024)*

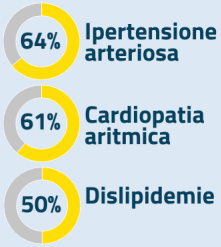
Prevalenza

- 1,5 per 100 ab.
- 1,6 per 100 ab.
- 1,6 per 100 ab.

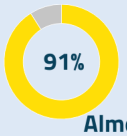
Distribuzione %



Patologie compresenti più frequenti



Comorbidità



Almeno 3 patologie croniche compresenti

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

5.1 Infarto miocardico acuto

L'ospedalizzazione per l'infarto acuto del miocardio (IMA) nel periodo 2006-2024 risulta in progressiva riduzione (Tabella 5.1.1). Si sottolinea in particolare un'importante diminuzione di lungo periodo degli IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), che, a partire dal 2016, sono diventati meno frequenti degli eventi di IMA senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI), ad eccezione del 2020, a causa dell'importante calo di IMA NSTEMI durante la pandemia. Nel biennio 2020-2021 infatti si è registrata una marcata riduzione degli eventi NSTEMI, seguita da una crescita nel 2022-2023.
La riduzione del tasso di eventi di IMA nel periodo analizzato è particolarmente marcata nella popolazione anziana. L'occorrenza di casi di IMA è maggiore tra gli uomini in tutte le classi di età, con differenze di genere nella distribuzione percentuale degli eventi, decisamente più frequenti nelle età avanzate per le donne. Dal confronto tra 2006 e 2024 si conferma la forte riduzione del tasso di STEMI in tutte le classi d'età, ancora più evidente nelle classi più anziane. Per quanto riguarda il tasso di NSTEMI, si osserva una lieve crescita tra i 45 ed i 74 anni, ed una contenuta diminuzione a partire dai 75 anni (Figura 5.1.1). Osservando il tasso standardizzato di ospedalizzazione per IMA, stratificato per genere e tipologia, si conferma la forte riduzione di eventi IMA STEMI e la sostanziale stabilità degli IMA NSTEMI in entrambi i sessi (Figura 5.1.2). Il ricorso all'angioplastica in occasione di IMA STEMI risulta in costante aumento nel tempo, sia complessivamente che nel giorno indice (Figura 5.1.3).

Nota Metodologica

La fonte informativa utilizzata è l'archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto. I dati presentati riguardano gli eventi di IMA che si sono verificati tra i residenti in Veneto nel periodo 2006-2024 e che sono stati trattati negli ospedali del Veneto o di altre Regioni. Per il 2024 non sono disponibili, al momento della pubblicazione della RSSR, i dati di mobilità passiva ospedaliera che ammontano a circa il 2% del totale.
Poiché nel percorso assistenziale di un evento si possono verificare più ricoveri (soprattutto per trasferimento tra ospedali a diversa dotazione tecnologica), è stato ricostruito l'intero percorso in fase acuta riconducendo ad un unico evento i ricoveri in regime ordinario avvenuti entro la giornata successiva ad una precedente dimissione. Nella definizione dell'evento sono stati considerati i ricoveri ordinari, con diagnosi principale o secondaria "410.x1", che individuano gli episodi iniziali di assistenza, e suddivisi in due gruppi in base al 4° carattere del codice della diagnosi: 4° carattere = 7: infarto acuto del miocardio senza sopraslivellamento del tratto ST o subendocardico (NSTEMI); 4° carattere ≠ 7: infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di angioplastica ("36.0x" e "0.66").

Tabella 5.1.1 Residenti in Veneto 2006-2024. Numero di eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati per tipo di infarto. Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2024

	Anno																		
Tipo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
NSTEMI	2.685	2.671	2.588	2.668	2.879	2.928	3.044	3.084	3.238	3.367	3.479	3.437	3.374	3.433	2.991	3.051	3.403	3.678	3.517
STEMI	4.555	4.366	4.274	4.066	3.880	3.679	3.543	3.350	3.323	3.370	3.351	3.246	3.274	3.217	3.135	3.019	2.844	2.438	2.282
Totale	7.240	7.037	6.862	6.734	6.759	6.607	6.587	6.434	6.561	6.737	6.830	6.683	6.648	6.650	6.126	6.070	6.247	6.116	5.799

Figura 5.1.1 Residenti in Veneto. Confronto 2006-2023 tra i tassi (per 100.000) di eventi di IMA ospedalizzati per classe d'età e tipologia di IMA. Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2024

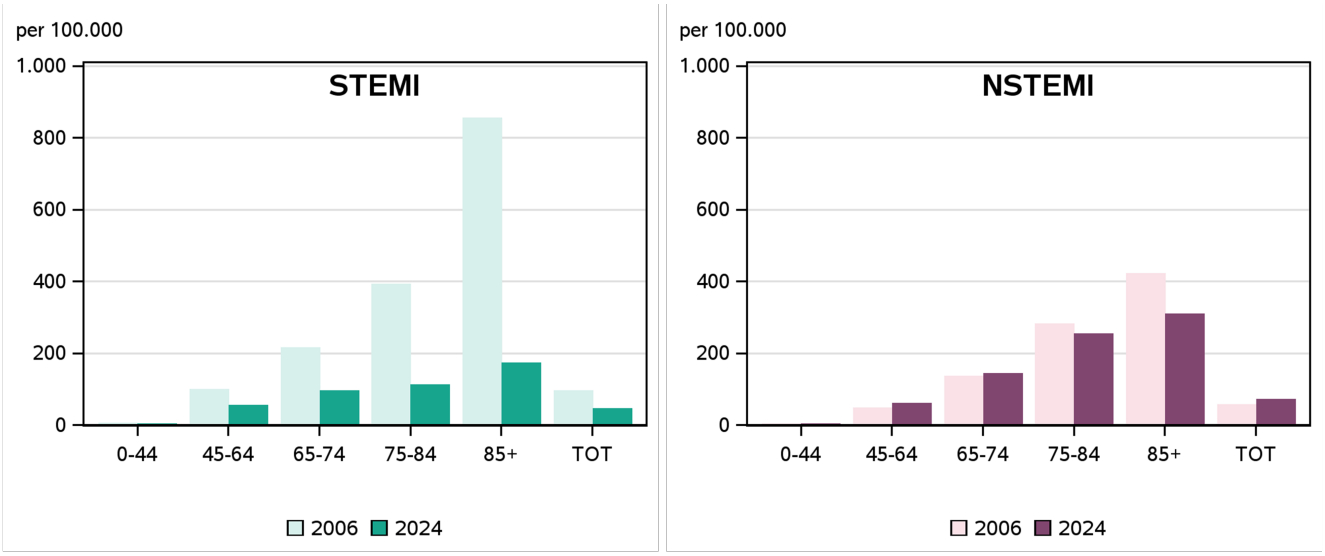


Figura 5.1.2 Residenti in Veneto 2006-2024. Tasso di eventi IMA ospedalizzati (per 100.000) per genere e tipologia. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007. Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2024

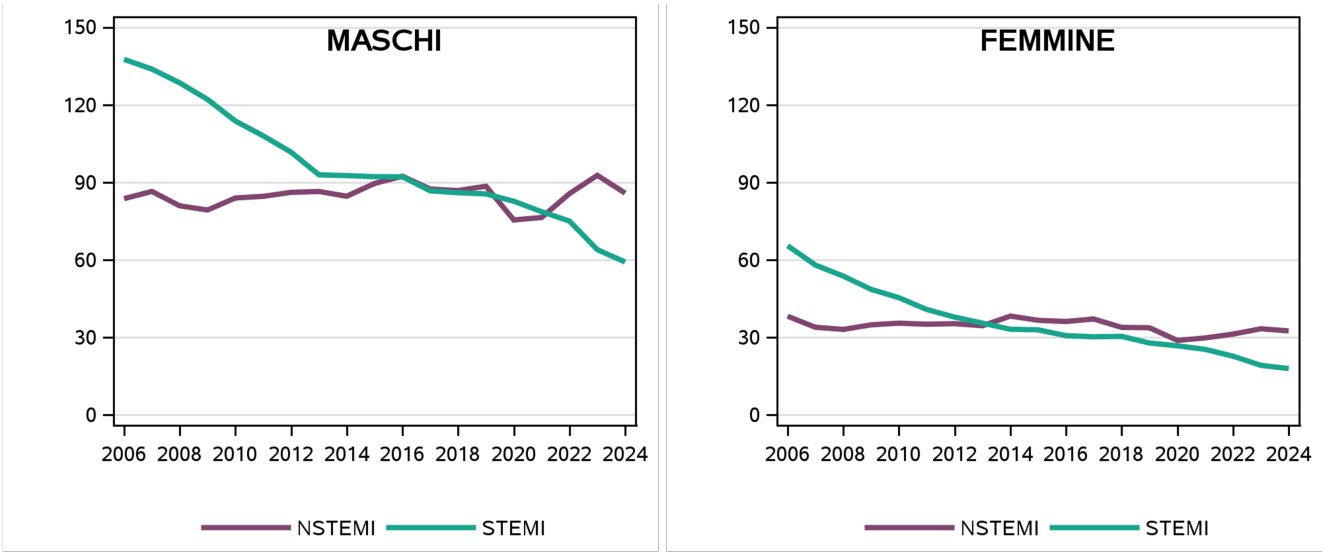
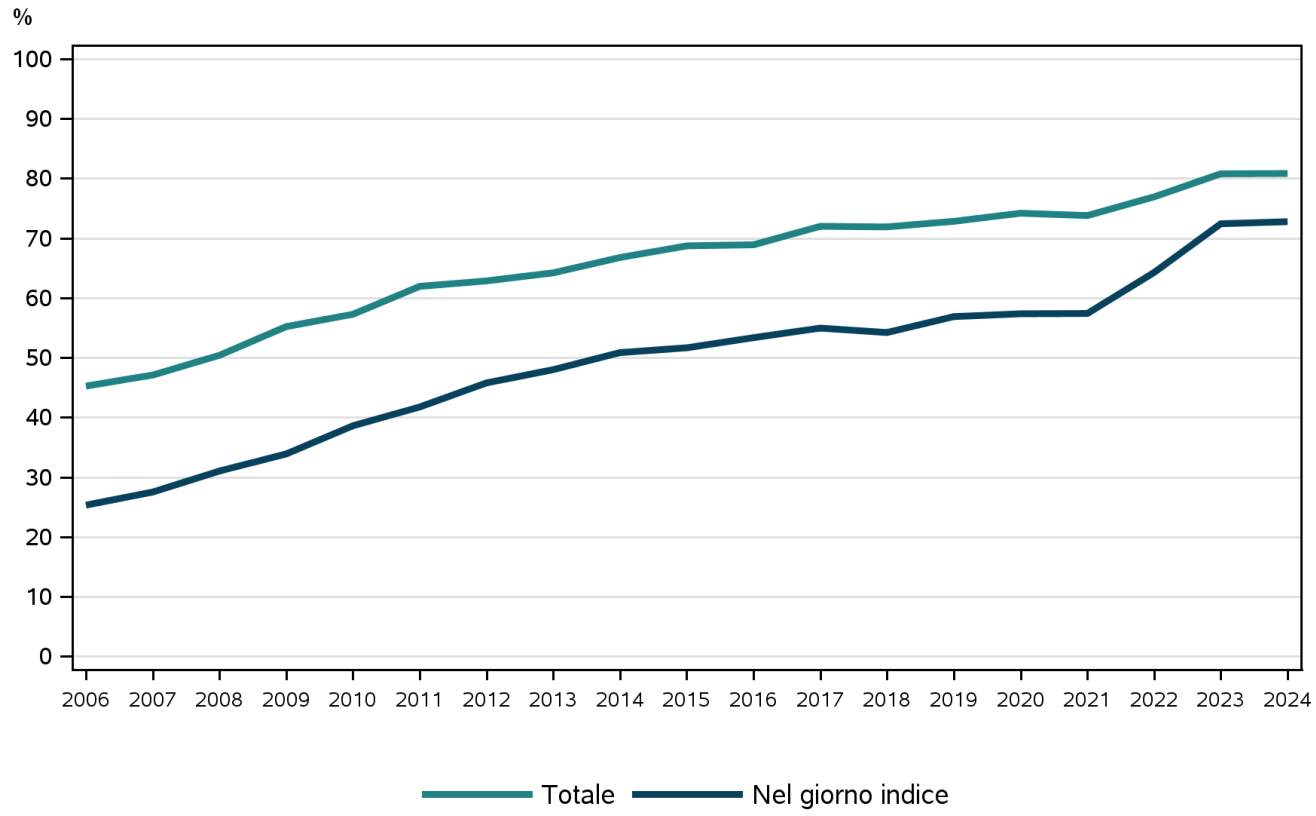


Figura 5.1.3 Residenti in Veneto 2006-2024 Percentuale di eventi di IMA STEMI ospedalizzati con angioplastica durante l'evento (Totale) e nel giorno indice. Mobilità passiva interregionale non disponibile nel 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

5.2 Ictus

L'ictus è una malattia molto rilevante per la sua frequenza e per l'impatto sulla salute delle persone colpite, dal momento che causa spesso gravi disabilità. Nel 2024 sono stati registrati 8.045 eventi ospedalizzati tra i residenti in Veneto, con un tasso standardizzato pari a 127 per 100.000. I dati riferiti al 2024 sono leggermente sottostimati, perché a questi va aggiunta la quota di residenti ricoverati fuori Veneto (il dato relativo alla mobilità interregionale passiva non è ancora disponibile). Dal 2015 al 2024 si è osservata una riduzione del numero di eventi di ictus ospedalizzati, in particolare per l'ictus ischemico (Tabella 5.2.1), mentre la distribuzione degli eventi per tipologia è rimasta sostanzialmente stabile nel corso degli anni: nel 77% dei casi si tratta di ictus ischemico, nel 19% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea.
I tassi di eventi cerebrovascolari specifici per età crescono esponenzialmente al crescere della classe d'età del paziente, in particolare per gli ictus ischemici e le emorragie cerebrali (Figure 5.2.1 e 5.2.2). Il decremento osservato nel corso degli anni, evidente già nei valori assoluti, risulta ancora più marcato se si considerano i tassi standardizzati (soprattutto per gli ictus ischemici), che permettono di confrontare i dati tenendo conto del progressivo invecchiamo della popolazione. Rimangono sostanzialmente stabili nel tempo, invece, i tassi standardizzati di emorragia subaracnoidea che, sebbene poco frequenti, presentano una crescita rilevante all'aumentare dell'età già nei pazienti tra i 45 ed i 64 anni (Figura 5.2.3).
I tassi standardizzati risultano costantemente più elevati nei maschi per l'ictus ischemico e per l'emorragia cerebrale, mentre sono maggiori nelle femmine per l'emorragia subaracnoidea. Questo andamento si osserva per tutte le classi d'età, ad eccezione dei grandi anziani (85 anni ed oltre), che registrano tassi più elevati nelle femmine per l'ictus ischemico e maggiori nei maschi per l'emorragia cerebrale.
Nel biennio 2023-2024, le Aziende ULSS con il tasso di eventi cerebrovascolari più elevato sono risultate il Veneto Orientale per i maschi e la Polesana per le donne (Figura 5.2.4).

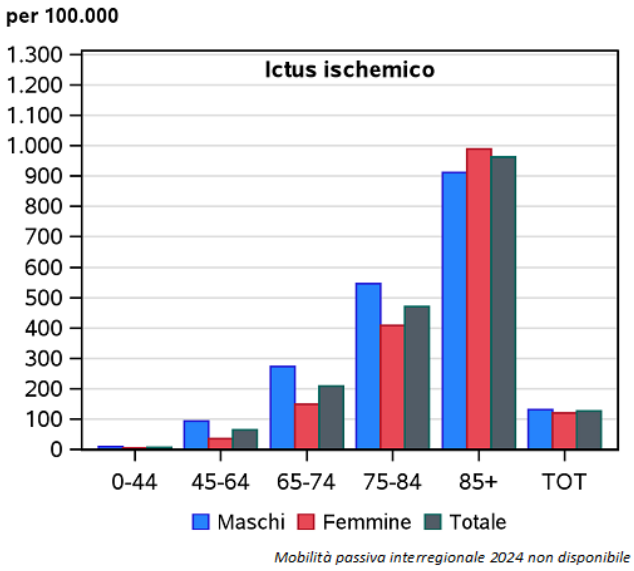
Nota Metodologica

Fonte informativa: archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto, anni 2015-2024 aggiornamento al 07/05/2025); mobilità passiva SDO, anni 2015-2023.
Sono considerati "eventi di ictus" il verificarsi, per il medesimo paziente, di uno o più ricoveri con diagnosi principale di ictus nell'arco di 28 giorni.
Nella definizione dell'evento sono stati considerati i ricoveri ordinari, ad esclusione dei ricoveri in Unità Operative di Riabilitazione e di Lungodegenza, con le seguenti diagnosi principali ICD9-CM:
Ictus ischemico: 433.*1, 434.*1, 436
Emorragia cerebrale: 431
Emorragia subaracnoidea: 430

Tabella 5.2.1 Numero di eventi di ictus ospedalizzati (Mobilità passiva interregionale 2024 non disponibile). Residenti in Veneto, anni 2015-2024.

Tipo di ictus	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Emorragia cerebrale	1.717	1.747	1.692	1.725	1.730	1.636	1.572	1.547	1.631	1.684
Emorragia subaracnoidea	352	368	340	393	371	338	352	389	373	376
Ictus ischemico	7.337	7.379	6.970	6.868	6.834	6.341	6.358	6.259	6.236	5.985
Totale	9.406	9.494	9.002	8.986	8.935	8.315	8.282	8.195	8.240	8.045

Figura 5.2.1 Eventi di ictus ischemico ospedalizzati: Tasso specifico per età e sesso (media biennio 2023-2024) e tassi standardizzati 2015-2024. Residenti in Veneto. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007



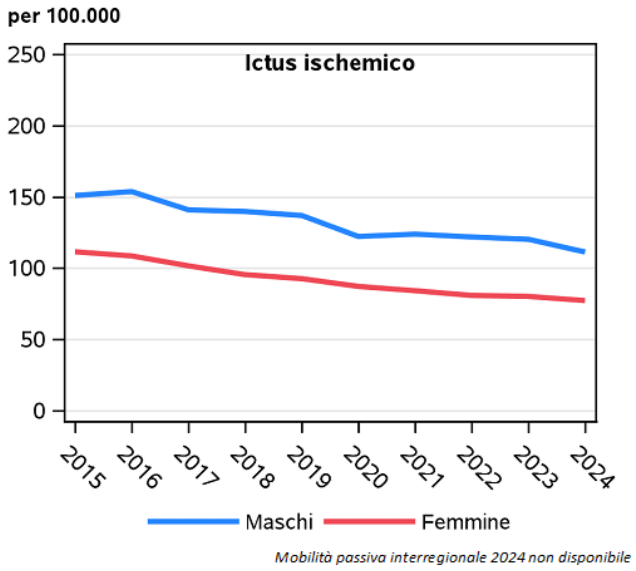


Figura 5.2.2 Eventi di emorragia cerebrale ospedalizzati: Tasso specifico per età e sesso (media biennio 2023-2024) e tassi standardizzati 2015-2024. Residenti in Veneto. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007

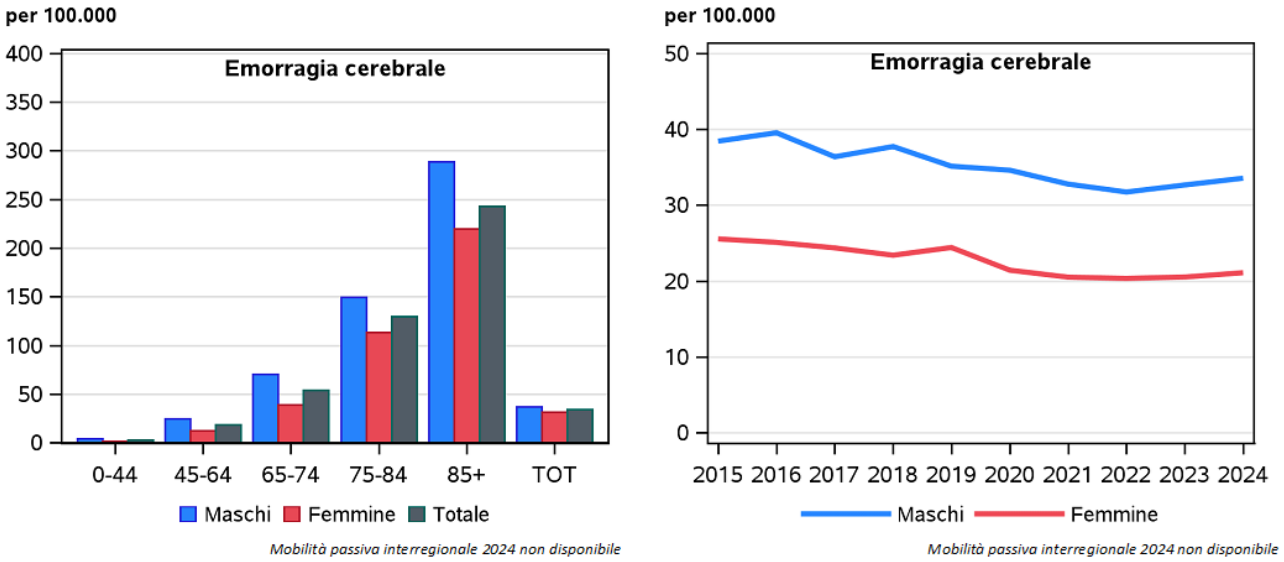


Figura 5.2.3 Eventi di emorragia subaracnoidea ospedalizzati: Tasso specifico per età e sesso (media biennio 2023-2024) e tassi standardizzati 2015-2024. Residenti in Veneto. Popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007

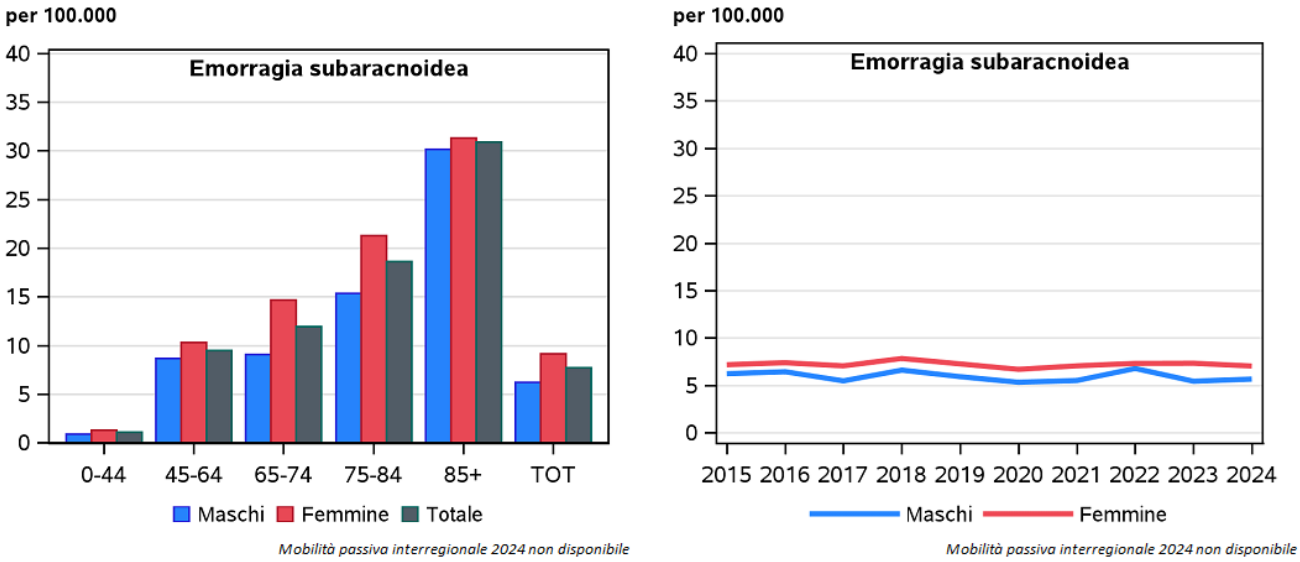
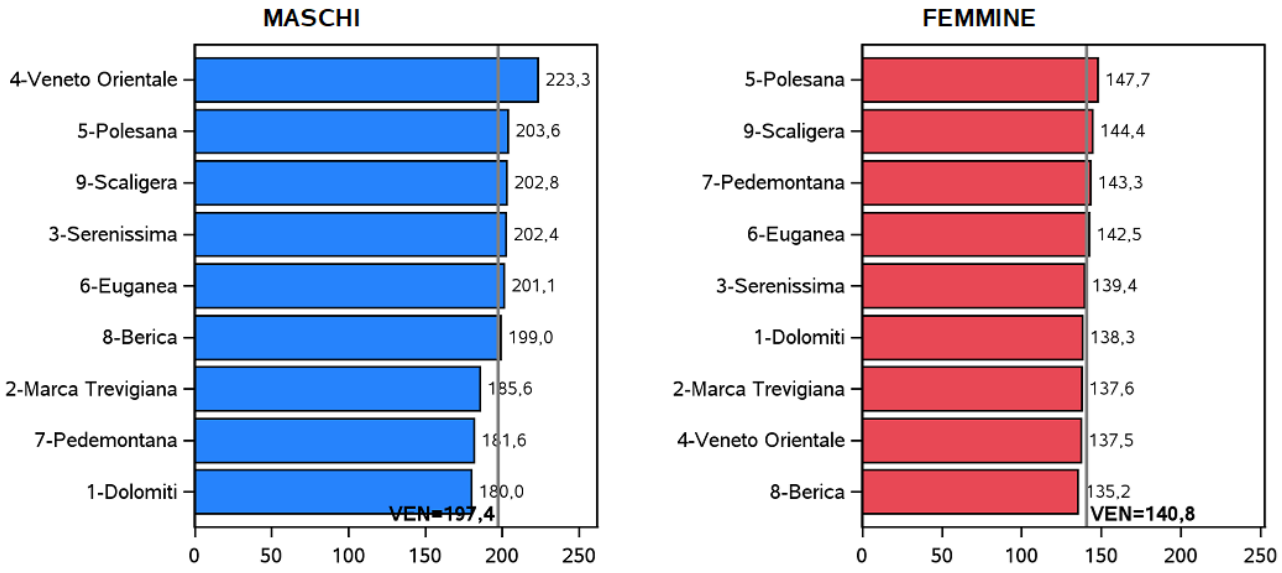


Figura 5.2.4 Tassi standardizzati di eventi di ictus ospedalizzati per Azienda ULSS di residenza (per 100.000). Residenti in Veneto, biennio 2023-2024. Popolazione standard: Veneto 2023-2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049-8778252

5.3 Scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco è una condizione caratterizzata dal deterioramento della funzione di pompa cardiaca, per cui il cuore non è in grado di garantire un adeguato apporto di sangue all'organismo. Pertanto, si verificano due effetti principali: a valle gli organi non vengono perfusi a sufficienza, mentre a monte, e in particolare a livello polmonare, vi è una tendenza all'accumulo dei liquidi.
In Veneto, nel 2024, la prevalenza di scompenso cardiaco nella popolazione residente si attesta all'1,6% (corrispondente a 75.504 assistiti, Tabella 5.3.1). Questa condizione è particolarmente frequente in età avanzata, interessando oltre il 5% dei soggetti tra i 75 e gli 84 anni, ed arrivando al 15% della popolazione dagli 85 anni in su. La prevalenza è 3 volte più elevata nei maschi che nelle femmine tra i 45 ed i 64 anni, più che doppia tra i 65 ed i 74 anni, ma poi tende ad avvicinarsi nelle classi d'età più avanzate (Figura 5.3.1).
Dal confronto tra Aziende ULSS, emerge come, in rapporto alla media regionale, la prevalenza standardizzata di scompenso cardiaco risulta maggiore nell'ULSS 2-Marca Trevigiana e, limitatamente al sesso femminile, nella ULSS 5-Polesana (Figura 5.3.2).
Gli assistiti con scompenso cardiaco presentano spesso un elevato numero di comorbidità. Complessivamente, quasi il 60% è affetto da 4 o più altre condizioni croniche, oltre allo scompenso (oltre il 50% tra i 55 e i 64 anni, e oltre il 60% tra i 65 e gli 84 anni) (Figura 5.3.3).
Tra le condizioni croniche più comuni tra gli assistiti con scompenso cardiaco vi è l'ipertensione arteriosa (63,8%), la cardiopatia aritmica (60,7%), le dislipidemie (50,0%), il diabete (40,0%), la cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto (35,2%), altre cardiopatie, comprese le patologie cardiache valvolari (32,0%), l'insufficienza renale cronica (17,5%) e le malattie cerebrovascolari (15,9%) (Figura 5.3.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di scompenso cardiaco nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e cure domiciliari. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 5.3.1 Assistiti con Scompenso cardiaco per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	236	0,6	195	0,5	431	0,6
35-44	285	0,7	117	0,3	402	0,5
45-54	1.182	3,1	429	1,2	1.611	2,1
55-64	3.526	9,2	1.121	3,0	4.647	6,2
65-74	6.993	18,3	3.384	9,1	10.377	13,7
75-84	13.123	34,3	10.470	28,1	23.593	31,2
85+	12.880	33,7	21.563	57,8	34.443	45,6
Totale	38.225	100,0	37.279	100,0	75.504	100,0

Figura 5.3.1 Assistiti con Scompenso cardiaco. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2024

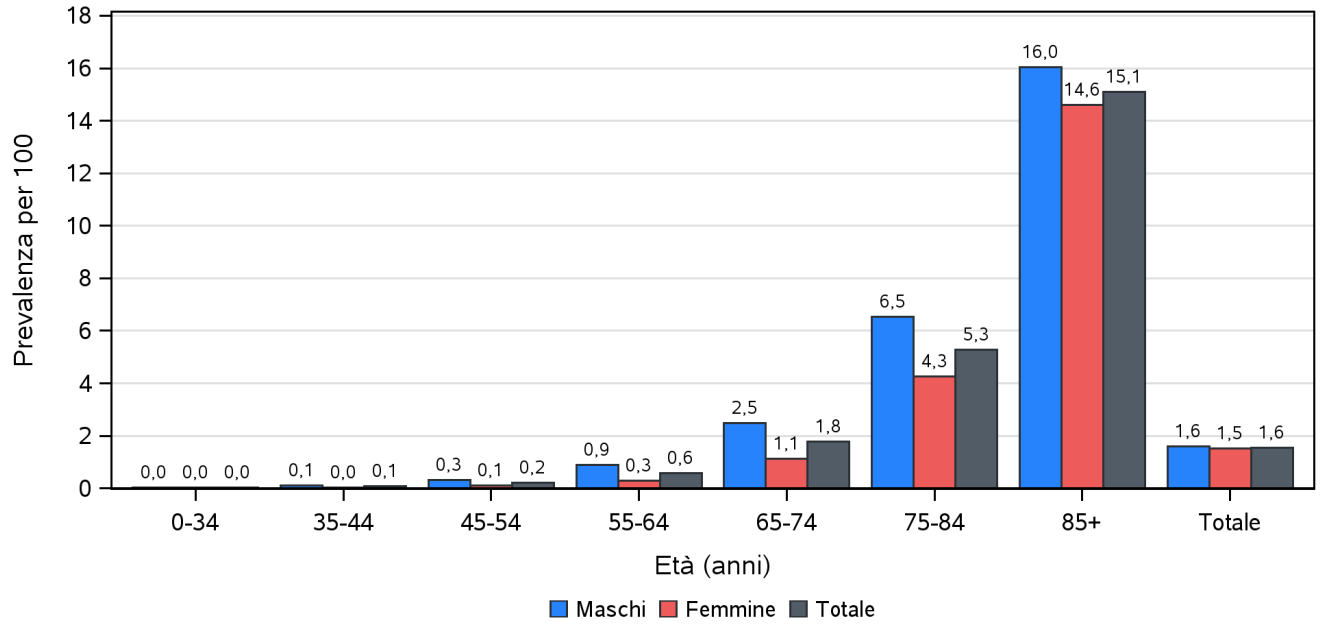


Figura 5.3.2 Assistiti con Scompenso cardiaco. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (Popolazione standard: Veneto 2024)

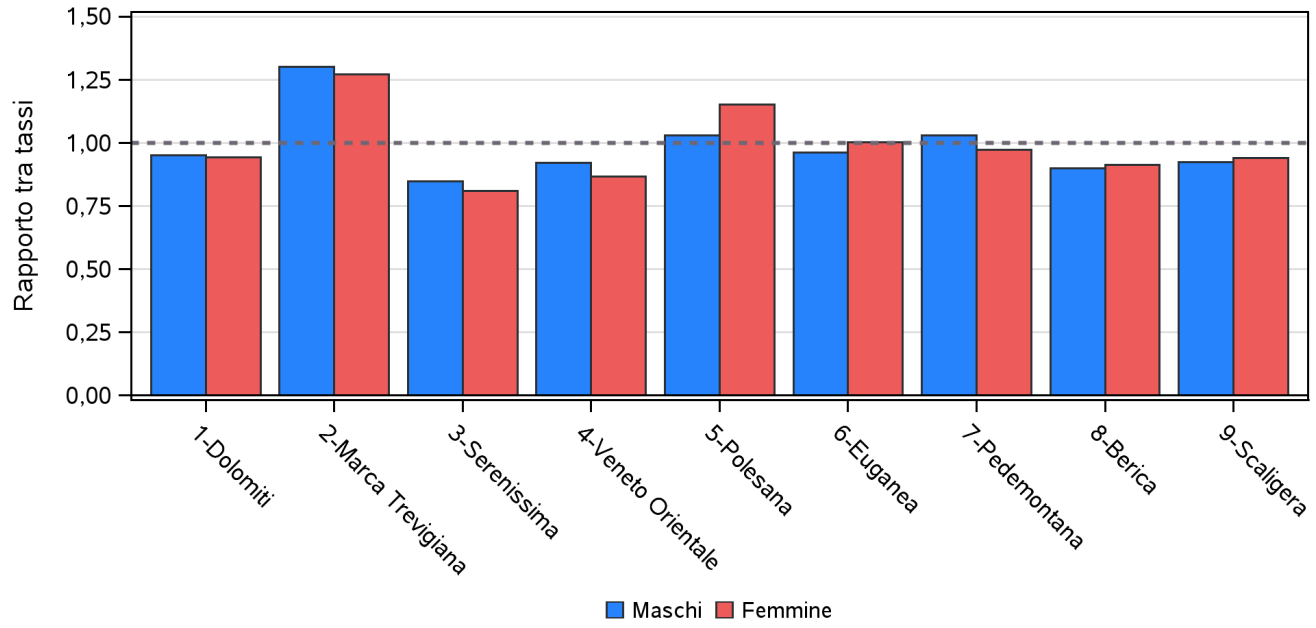


Figura 5.3.3 Assistiti con Scompenso cardiaco per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2024

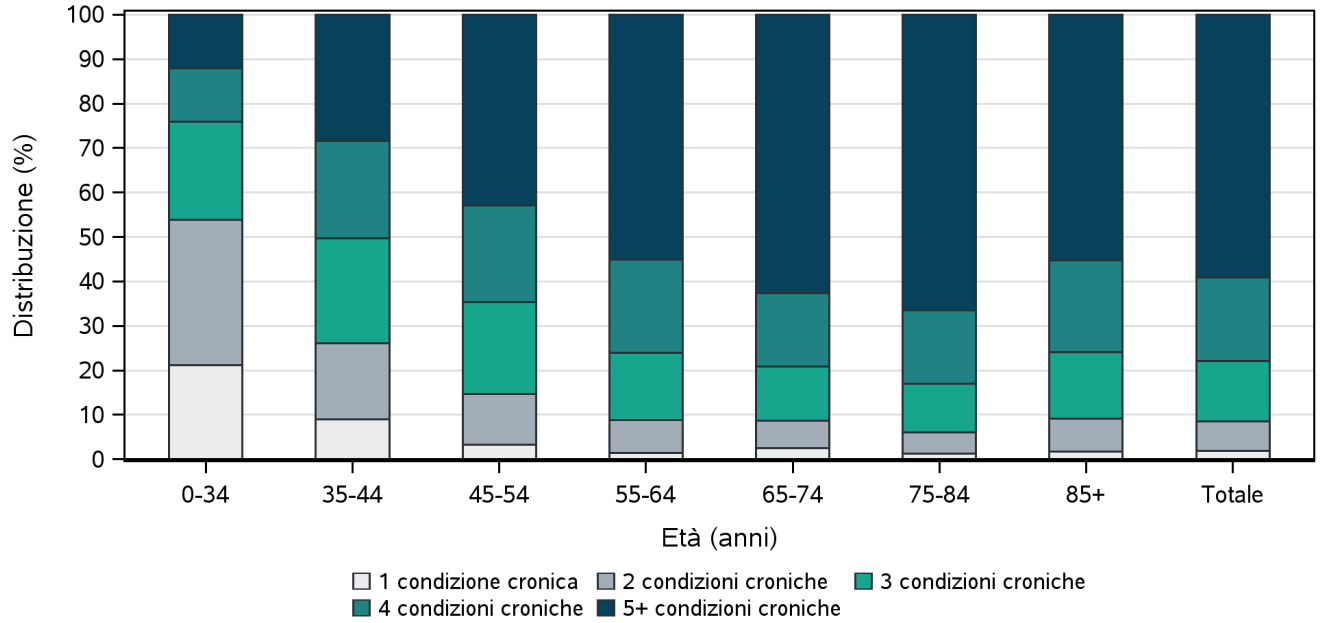
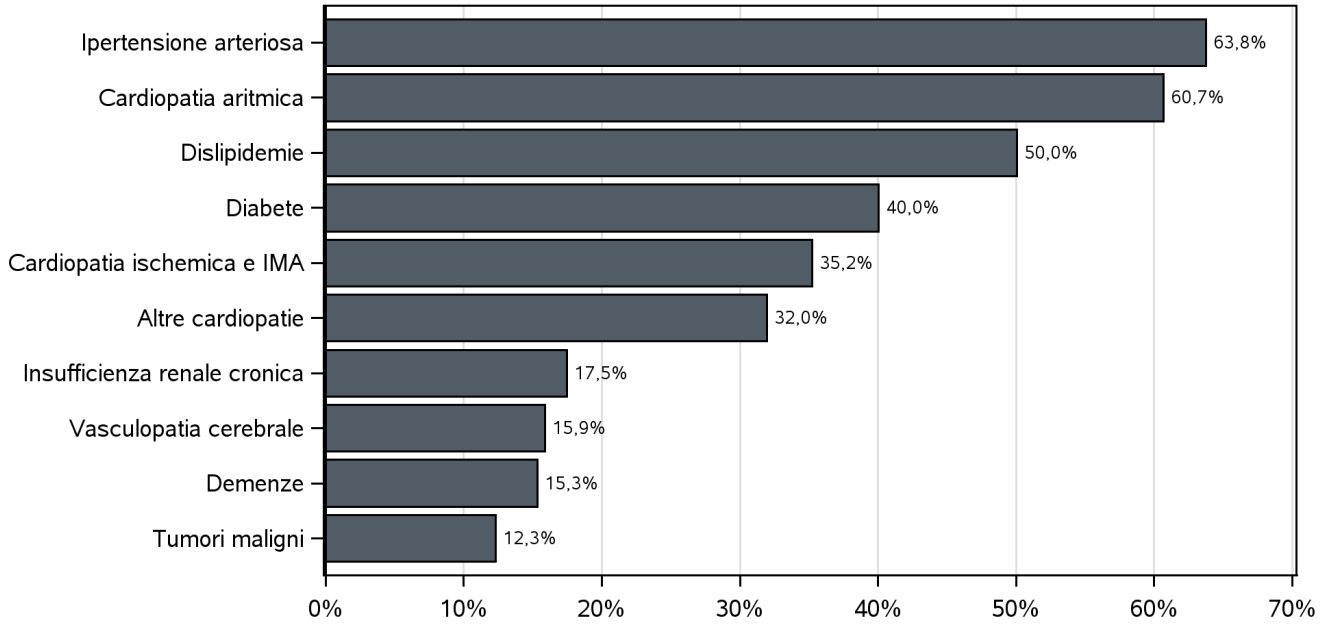


Figura 5.3.4 Assistiti con Scompenso cardiaco. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

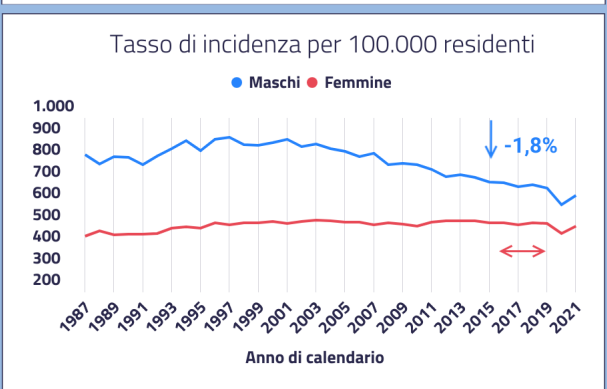
6. Tumori

CONTENUTI

- 6.1 Incidenza
- 6.2 Sopravvivenza
- 6.3 Mortalità
- 6.4 I tumori nei bambini e negli adolescenti

TUMORI

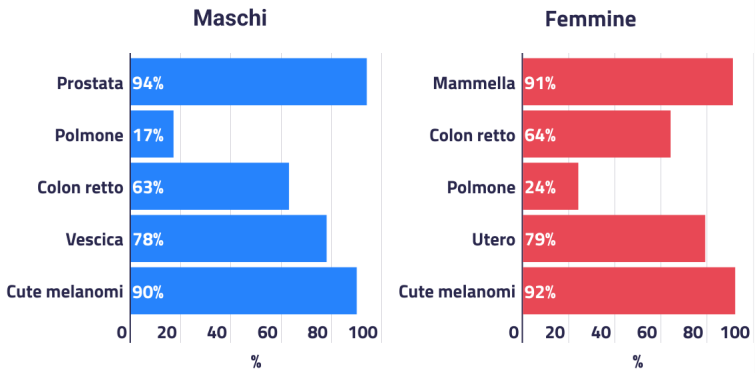
34.120 *Nuovi casi di tumore nel 2024*
13.691 *Decessi per tumore nel 2023*



I tumori più frequenti

1°	Prostata (**23**%)	Mammella (**33**%)
2°	Polmone (**11**%)	Colon retto (**10**%)
3°	Colon retto (**11**%)	Polmone (**7**%)
4°	Vescica (**10**%)	Utero (**6**%)
5°	Cute melanomi (**6**%)	Cute melanomi (**5**%)

Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi

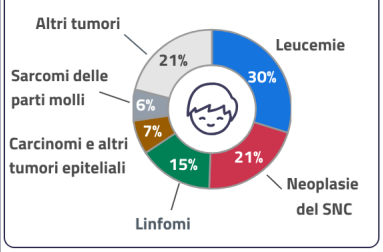


I tumori più letali nel 2023 (n° decessi)

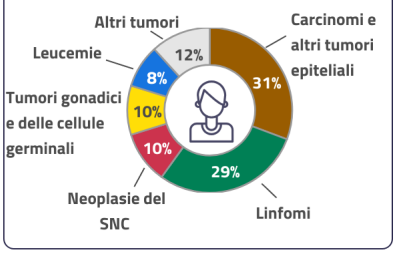
1°	Polmone (1.456)	Mammella (978)
2°	Colon retto (704)	Polmone (869)
3°	Prostata (589)	Colon retto (637)
4°	Pancreas (580)	Pancreas (567)
5°	Fegato (491)	Ovaio (279)

I tumori nei bambini e negli adolescenti

I tumori più frequenti nei bambini

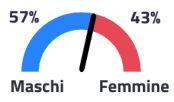


I tumori più frequenti negli adolescenti



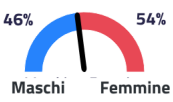
0-14 anni

- 585.000 residenti
- 97 casi stimati nel 2024
- 166 casi ogni milione



15-19 anni

- 240.000 residenti
- 69 casi stimati nel 2024
- 286 casi ogni milione



6.1 Incidenza

Si stima che in Veneto nel 2024 siano stati diagnosticati 34.120 nuovi casi di tumore maligno (18.189 negli uomini e 15.931 nelle donne), di cui 5.326 casi di tumore della mammella nelle donne, 3.605 tumori del colon retto, 4.105 casi di tumore della prostata e 3.133 casi di tumore del polmone (Tabella 6.1.1). Nei maschi con meno di 50 anni i tumori più diffusi sono il melanoma e il tumore al testicolo; il tumore della prostata è il più frequente negli uomini ultracinquantenni, seguito dal colon retto nella fascia 50-69 anni e dal polmone nei più anziani. Nelle donne, il tumore della mammella è il più frequente in tutte le fasce di età analizzate, seguito nelle più giovani (0-49 anni) dal tumore della tiroide e da quello del colon-retto nelle donne di età più avanzata.
A partire dai primi anni 2000 l'incidenza dei tumori è in riduzione negli uomini (-1,8% all'anno) mentre nelle donne l'incidenza è sostanzialmente stabile dalla fine degli anni '90 (Figura 6.1.1). Nei maschi sta diminuendo l'incidenza di tutte le sedi tumorali più frequenti, ad eccezione del melanoma che è in aumento (Figura 6.1.2). Il tumore del polmone mostra un calo del 3,8% all'anno, in conseguenza della diminuzione dell'abitudine al fumo; si sta riducendo del 3,8% anche il tumore del colon retto, grazie alla diffusione dei programmi di screening. Il tumore della prostata, dopo il picco registrato nei primi anni 2000, presenta dal 2006 un calo annuo dell'1%. Per il tumore della vescica il decremento è del 2,1% annuo dal 2009. Infine, il rischio di tumore del melanoma mostra una crescita del 3,8% all'anno.
Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dai primi anni 2000 (Figura 6.1.3). L'effetto positivo dei programmi di screening colorettale sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile ha determinato una riduzione del 2,9% a partire dal 2008. Il tumore del polmone è in leggero aumento (+0,4%), quello dell'utero è stabile, mentre l'incidenza del melanoma sta crescendo del 2,8% all'anno.

Tabella 6.1.1 Stima dei nuovi casi di tumore diagnosticati nel 2024 in Veneto

MASCHI			FEMMINE		
Sede	**Casi/Anno**	**%**	**Sede**	**Casi/Anno**	**%**
Prostata	4.105	22,6%	Mammella	5.326	33,4%
Polmone	2.021	11,1%	Colon Retto	1.611	10,1%
Colon retto	1.994	11,0%	Polmone	1.112	7,0%
Vescica	1.747	9,6%	Utero	979	6,1%
Cute melanomi	1.020	5,6%	Cute melanomi	713	4,5%
Rene e vie urinarie	850	4,7%	Tiroide	691	4,3%
Linfomi	762	4,2%	Pancreas	643	4,0%
Fegato	683	3,8%	Linfomi	620	3,9%
Pancreas	682	3,7%	Vescica	469	2,9%
Stomaco	536	2,9%	Rene e vie urinarie	411	2,6%
Altre sedi	3.789	20,8%	Altre sedi	3.356	21,1%
Totale tumori	18.189		Totale tumori	15.931	

Figura 6.1.1 Totale neoplasie maligne (escluse le neoplasie cutanee non-melanoma): andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013, per sesso. Veneto, 1987-2021

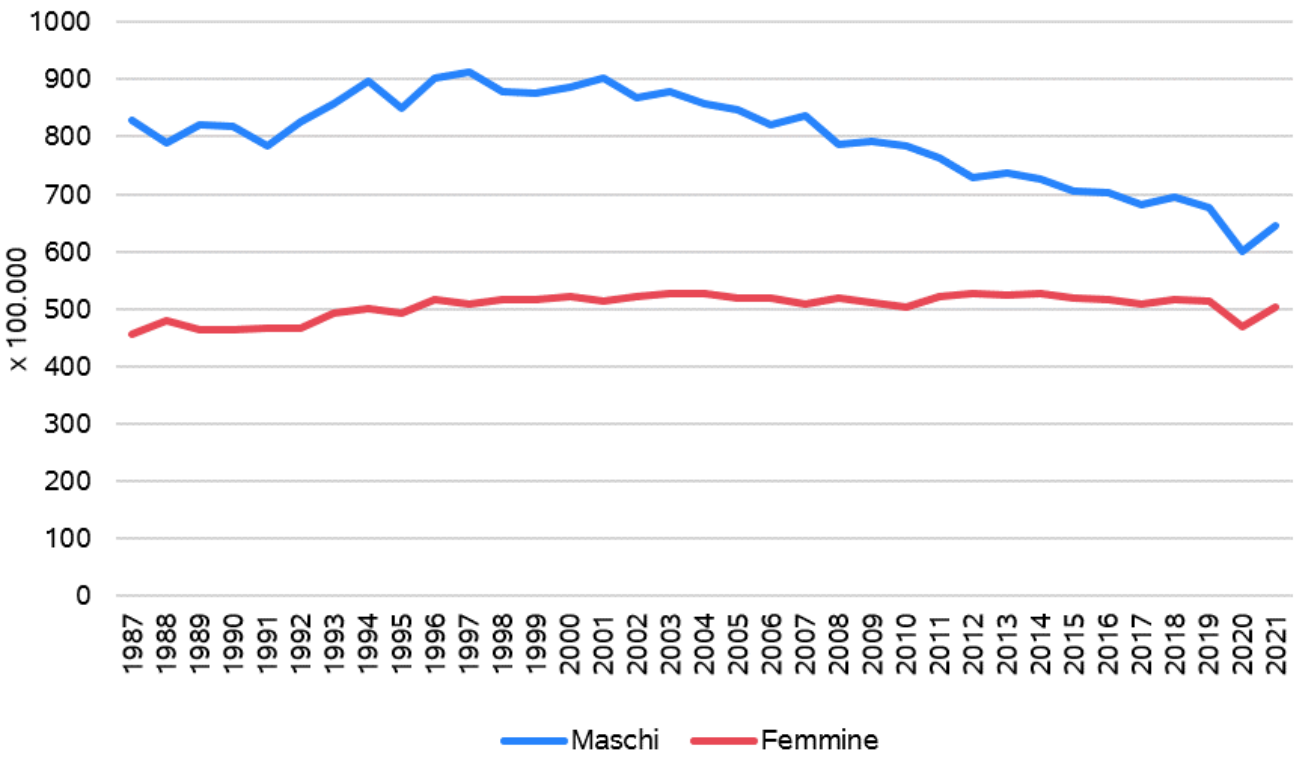


Figura 6.1.2 Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 1987-2021

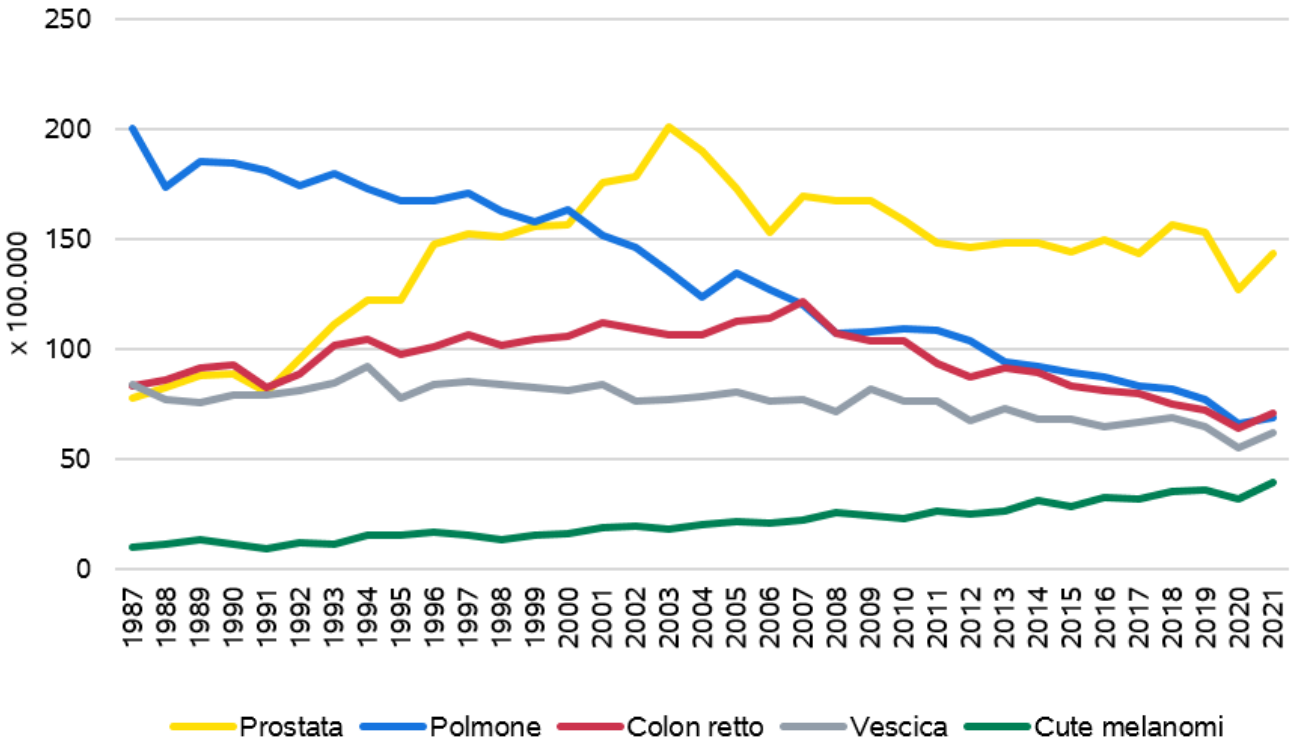
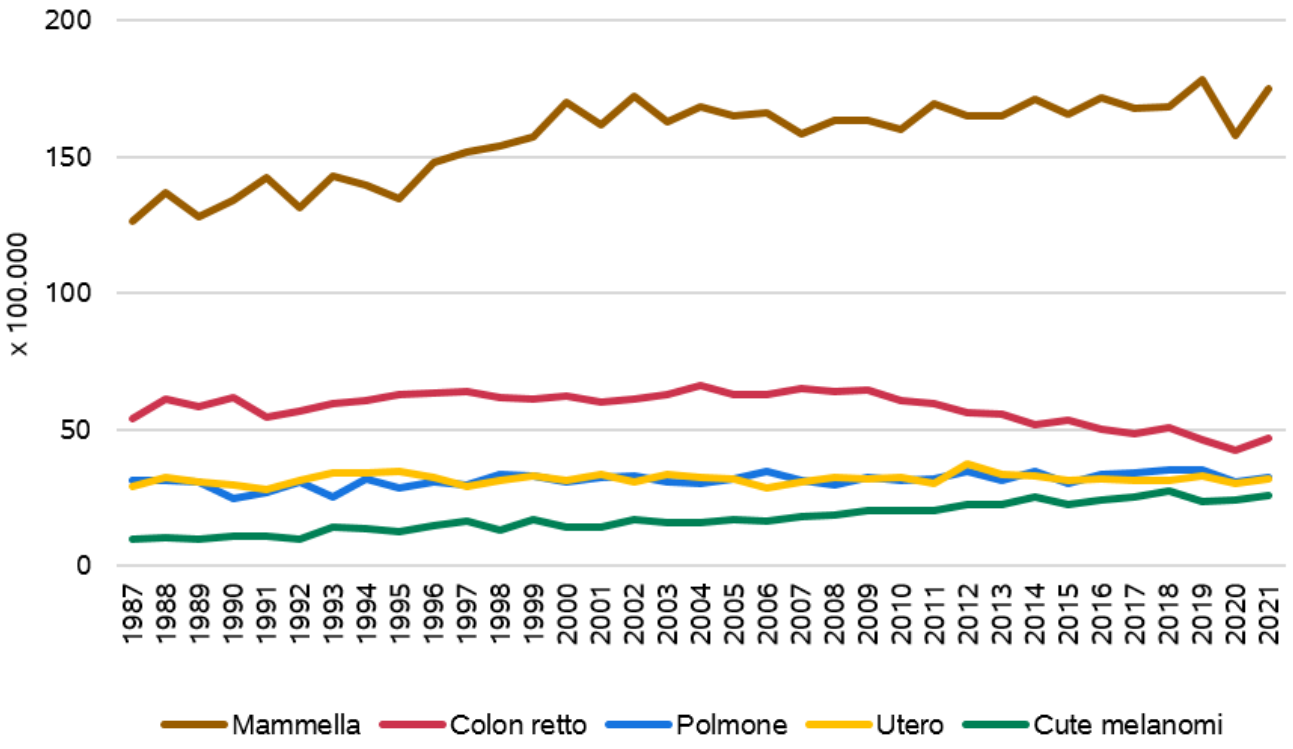


Figura 6.1.3 Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 1987-2021



Approfondimenti

Sito web Registro Tumori del Veneto

https://www.registrotumoriveneto.it/

Per maggiori informazioni

Registro Tumori del Veneto

Via Jacopo Avanzo 35 - 35132 Padova

registro.tumori@azero.veneto.it

049 8778130

049 8778147

6.2 Sopravvivenza

L'indicatore più comunemente utilizzato è la “sopravvivenza relativa”, che indica la percentuale di persone con tumore ancora in vita dopo un certo numero di anni dalla diagnosi, tenendo conto anche della mortalità della popolazione generale. Nella popolazione adulta con tumore diagnosticato nel 2016-2018, la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi di tumore maligno è pari al 61% nei maschi e al 67% nelle femmine (Figura 6.2.1). Il dato risulta in linea con i Paesi europei più avanzati e, in Italia, con le altre regioni del centro-nord, mentre è superiore rispetto alle regioni meridionali.
In entrambi i sessi, si osserva una enorme variabilità nella sopravvivenza a 5 anni per le diverse sedi tumorali (Figure 6.2.2 e 6.2.3). Il tumore della tiroide e il melanoma cutaneo sono tra i tumori a più elevata sopravvivenza. Nei maschi, anche il tumore del testicolo e il tumore della prostata hanno una sopravvivenza a 5 anni superiore al 90%, come pure il tumore della mammella nelle donne.
I tumori con sopravvivenza più bassa sono gli stessi nei maschi e nelle femmine: il tumore del pancreas ha una sopravvivenza a 5 anni inferiore al 10%, i tumori del SNC, vie biliari, esofago e polmone valori compresi tra il 10 ed il 20%.
Tra le sedi tumorali più frequenti (Figure 6.2.4 e 6.2.5), il tumore a miglior prognosi è quello della prostata, con una sopravvivenza relativa del 94% a 5 anni dalla diagnosi. La sopravvivenza a questo tumore negli ultimi anni è fortemente migliorata: si tratta almeno in parte di un artificio riconducibile all’ampia diffusione del test PSA, che ha portato alla diagnosi di una quota di tumori che altrimenti sarebbero rimasti latenti (“sovra-diagnosi”) e che, per definizione, hanno una sopravvivenza del 100%. La sopravvivenza a 5 anni dei soggetti con tumore del colon retto è molto simile nei due sessi: 63% negli uomini e 64% nelle donne. La sopravvivenza per questo tumore ha registrato un miglioramento di oltre 20 punti percentuali tra i casi diagnosticati a fine anni '80 e quelli diagnosticati a fine anni 2000. Nell'ultimo periodo la sopravvivenza è rimasta sostanzialmente invariata. Il tumore del polmone rimane ancor oggi a bassa sopravvivenza: ad un anno dalla diagnosi la sopravvivenza relativa è solo del 39% nei maschi e del 48% nelle femmine; queste percentuali scendono rispettivamente a 17% e 24% a 5 anni dalla diagnosi. È comunque osservabile un guadagno di sopravvivenza a 5 anni pressoché lineare in tutto il periodo analizzato, più evidente nelle femmine nelle quali la differenza percentuale rispetto ai casi di fine anni '80 è stata di 19 punti, mentre nei maschi è stata di 13 punti.
Per il tumore della mammella femminile, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 91%, con un aumento di 15 punti percentuali dalla fine degli anni '80 ai primi anni 2000 e del 7% negli ultimi 15 anni. Il guadagno di sopravvivenza è dovuto sia alla diffusione della diagnosi precoce (grazie ai programmi di screening, o tramite accesso spontaneo) sia al miglioramento delle terapie.
In entrambi i sessi, la sopravvivenza per tutti i tumori è fortemente correlata con l’età dei pazienti. Infatti, si osserva un gradiente a sfavore dei pazienti più anziani, che si evidenzia già nel primo anno dopo la diagnosi, quando nei pazienti ultrasettantenni si attesta al 68%. Il divario si incrementa negli anni successivi, e la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi negli anziani è del 51% (femmine) e 52% (maschi) rispetto al 78% (femmine) e 69% (maschi) nei 50-69enni e al

89% (femmine) e 81% (maschi) nei 15-49enni. Concorre a questo andamento il fatto che nelle età più anziane è più frequente che vi siano ritardi nella diagnosi; inoltre, le condizioni generali dei pazienti più anziani (ad esempio la presenza di comorbidità) possono rendere più difficile l'applicazione dei protocolli terapeutici ottimali.

Nota Metodologica

Poiché nel tempo si è modificata la composizione dei pazienti per età, nei grafici dei trend di sopravvivenza (Figure 6.2.4 e 6.2.5) viene riportata la sopravvivenza relativa standardizzata, che permette di confrontare la sopravvivenza complessiva nel tempo. La popolazione standard utilizzata è quella proposta da Corazziari (ICSS).

Figura 6.2.1 Sopravvivenza relativa dei soggetti residenti in Veneto con tumore diagnosticato nel 2016-2018 (tutti i tumori esclusa cute), per anni dalla diagnosi

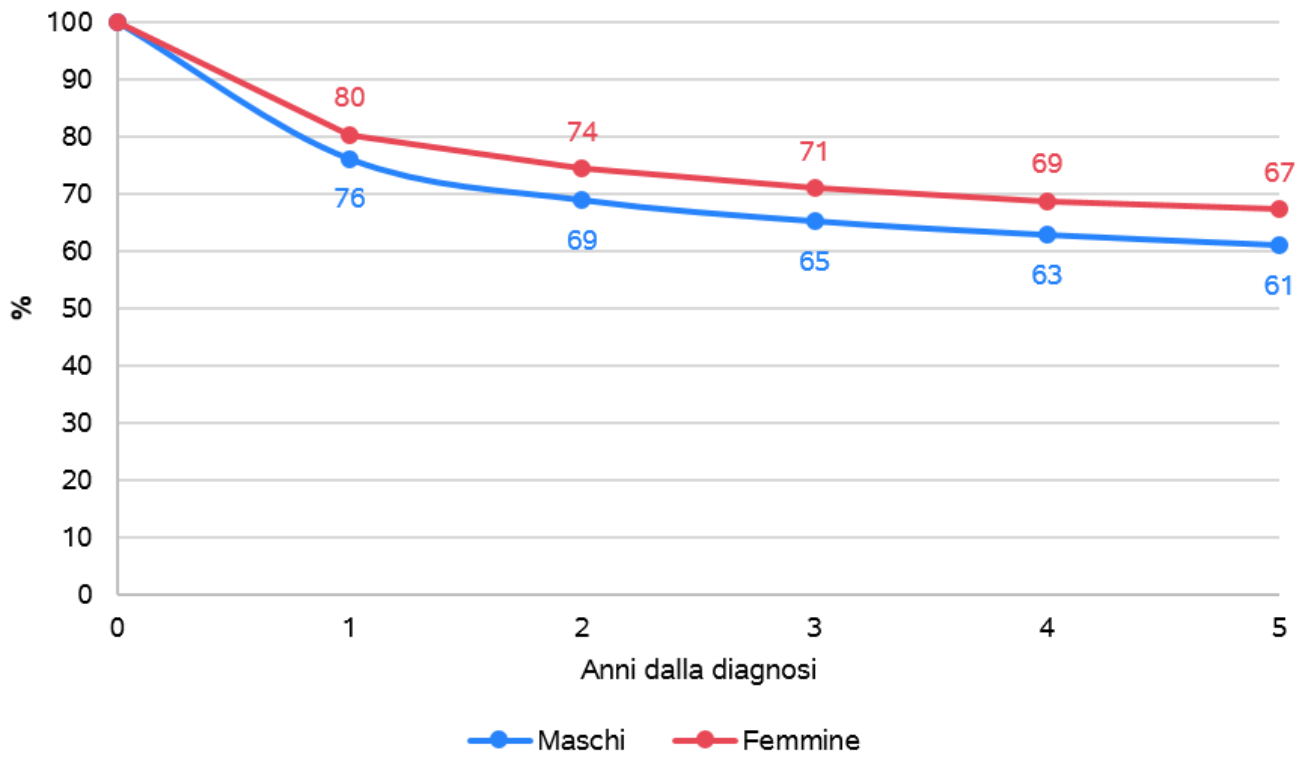


Figura 6.2.2 Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi dei maschi residenti in Veneto con diagnosi di tumore nel 2016-2018 per sede

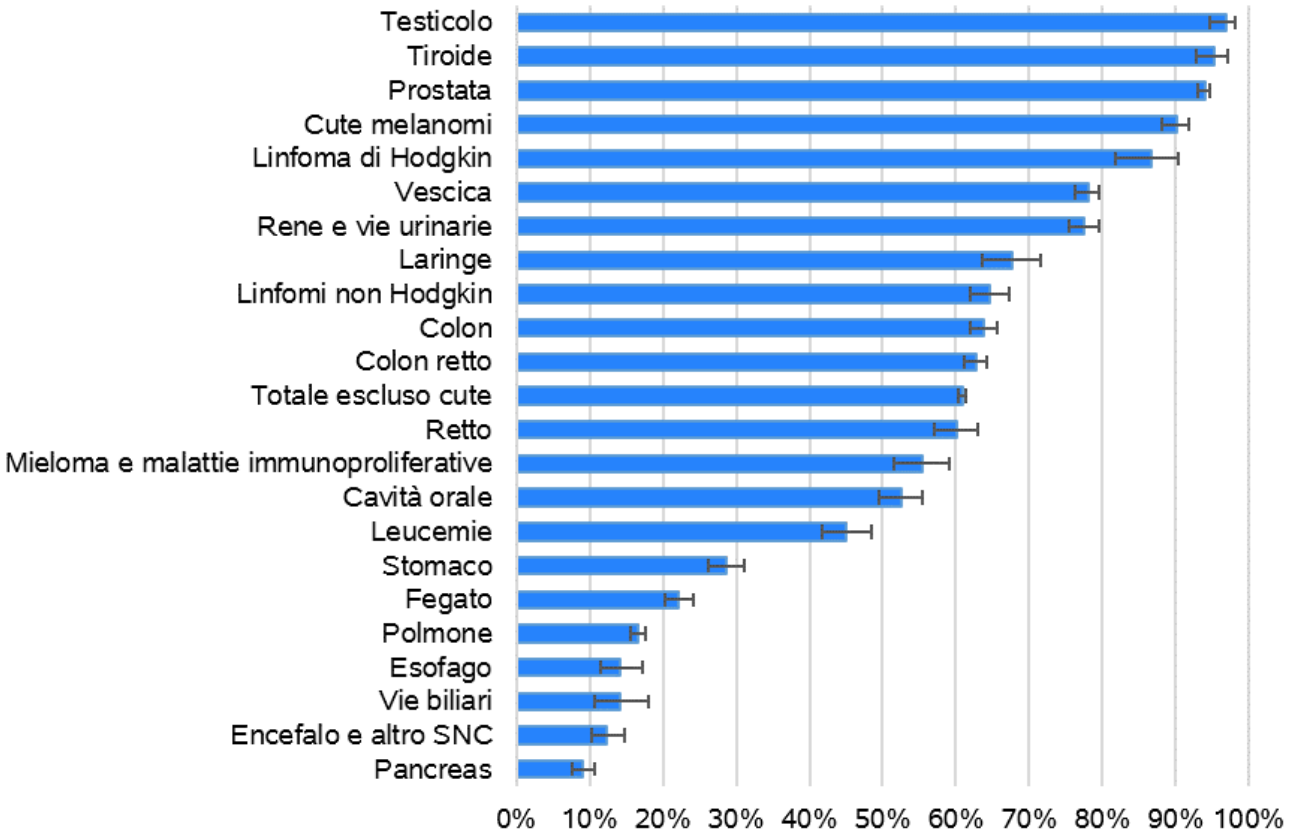


Figura 6.2.3 Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi delle femmine residenti in Veneto con diagnosi di tumore nel 2016-2018 per sede

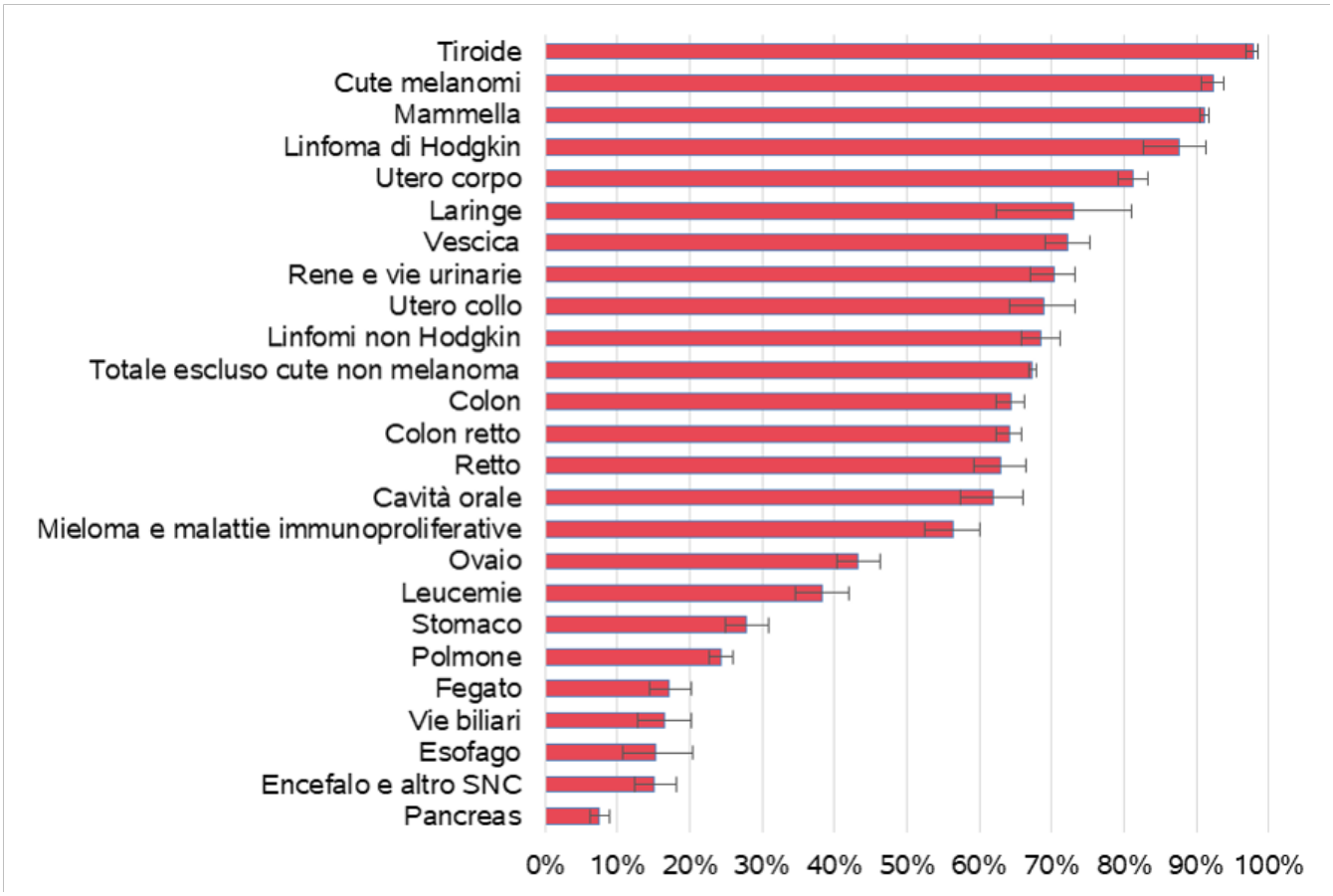


Figura 6.2.4 Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale della sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni per tumore, per anno della diagnosi. Veneto, 1987-2018

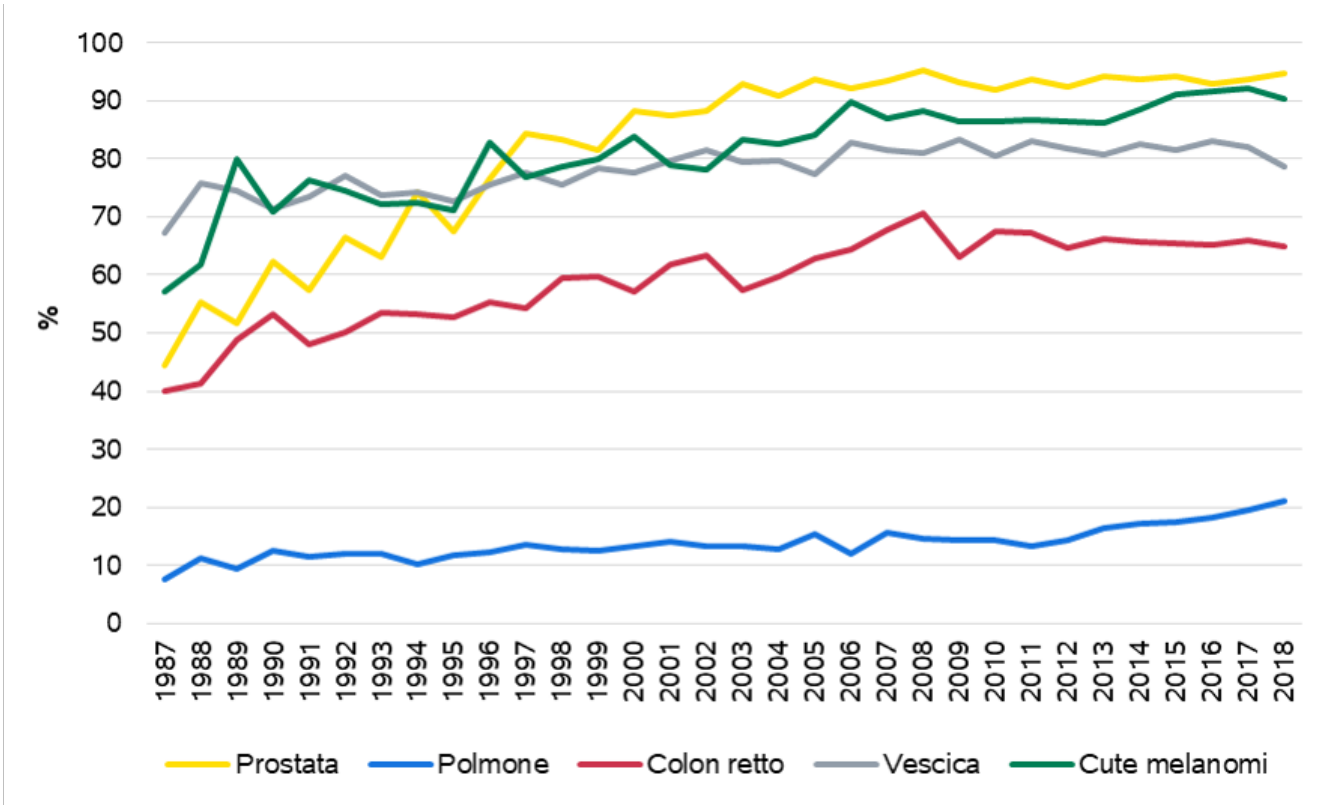
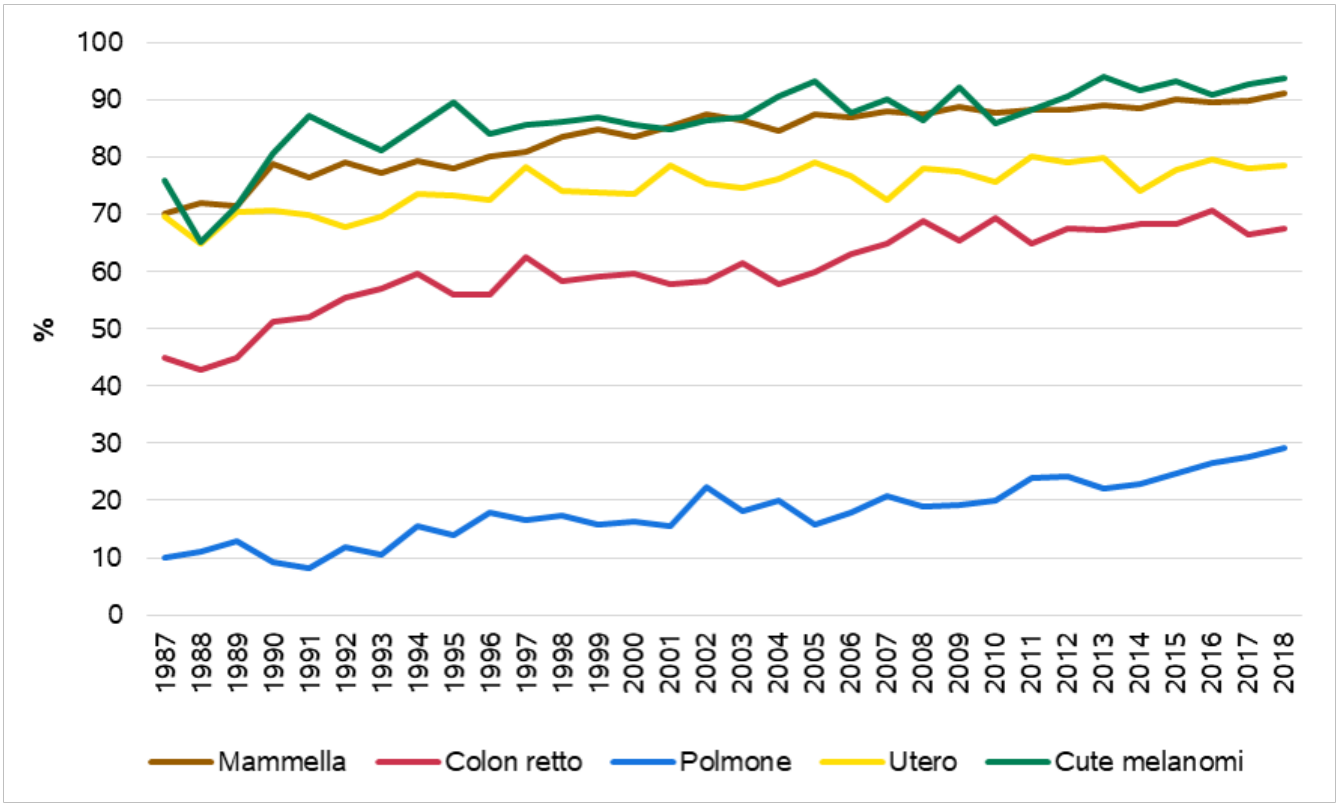


Figura 6.2.5 Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale della sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni per tumore, per anno della diagnosi. Veneto, 1987-2018



Approfondimenti

Sito web Registro Tumori del Veneto

https://www.registrotumoriveneto.it/

Per maggiori informazioni

Registro Tumori del Veneto

Via Jacopo Avanzo 35 - 35132 Padova

registro.tumori@azero.veneto.it

049 8778130

049 8778147

6.3 Mortalità

Nel 2023 si sono verificati in Veneto 13.691 decessi per causa tumorale, 7.389 uomini e 6.302 donne, corrispondenti al 27% dei decessi per tutte le cause (30% nei maschi, 24% nelle femmine).
Nei maschi il tumore del polmone è stato la neoplasia che ha causato il maggior numero di decessi (1.456), seguito dal tumore del colon retto e dal tumore della prostata. Nel 2023 sono decedute 978 donne per tumore della mammella, 869 per tumore del polmone e 637 per tumore del colon retto (Tabella 6.3.1).
Analizzando l'andamento della mortalità per cause neoplastiche tra il 2000 e il 2023 si è osservato nei maschi un calo del tasso standardizzato dell'1,9% annuo fino al 2008 e del 2,6% nel periodo successivo (Figura 6.3.1). A questa diminuzione concorrono tutte le sedi che hanno causato il maggior numero di decessi, in particolare il polmone, la cui mortalità nei maschi è calata del 4,8% all'anno a partire dal 2011 e il tumore del colon-retto con un calo del 2,9% a partire dal 2005. La mortalità per tumore della prostata è calata del 4,5% annuo dal 2000 al 2013 per poi stabilizzarsi negli anni successivi; quella del fegato è calata del 3,7% a partire dal 2007 (Figura 6.3.2).
Nelle donne si è osservato un calo della mortalità tumorale dell'1,1% annuo in tutto il periodo. La mortalità per tumore del colon retto è calata del 2,4% annuo a partire dal 2006; quella della mammella ha avuto un calo costante in tutto il periodo dell'1,3% all'anno e dell'1,5% quella del tumore dell'ovaio (Figura 6.3.3).

Tabella 6.3.1 Numero decessi verificatisi nel 2023 in Veneto per causa tumorale

MASCHI			FEMMINE		
Sede	N. Decessi	%	Sede	N. Decessi	%
Polmone	1.456	19,7%	Mammella	978	15,5%
Colon retto	704	9,5%	Polmone	869	13,8%
Prostata	589	8,0%	Colon retto	637	10,1%
Pancreas	580	7,8%	Pancreas	567	9,0%
Fegato	491	6,6%	Ovaio	279	4,4%
Stomaco	335	4,5%	Leucemie	254	4,0%
Tumore maligno della vescica	292	4,0%	Utero	221	3,5%
Leucemie	274	3,7%	Stomaco	215	3,4%
Encefalo e altro Sistema Nervoso Centrale	222	3,0%	Fegato	193	3,1%
Linfomi non Hodgkin	181	2,4%	Linfomi non Hodgkin	173	2,7%
Altre sedi	2.265	30,7%	Altre sedi	1.916	30,4%
Totale tumori	7.389		Totale tumori	6.302	

Figura 6.3.1 Totale decessi per cause tumorali: andamento temporale del tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione europea 2013, per sesso. Veneto, 2000-2023

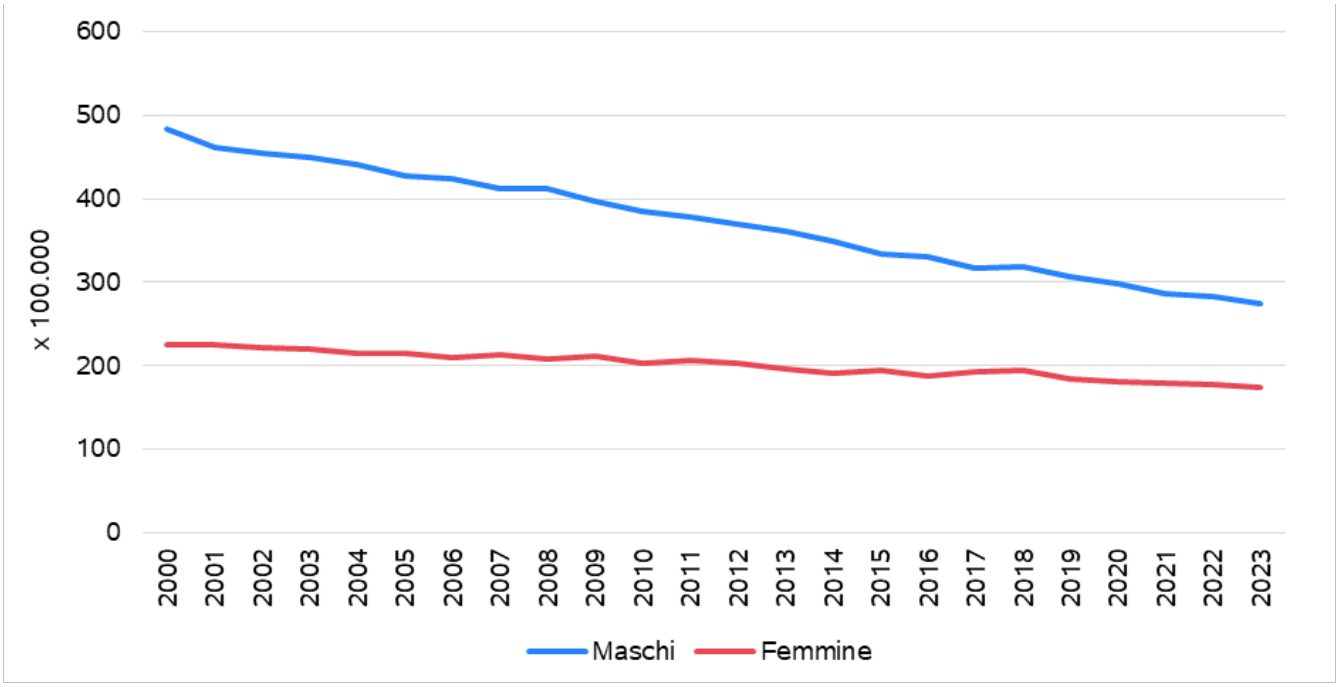


Figura 6.3.2 Sedi tumorali cause di decesso più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 2000-2023

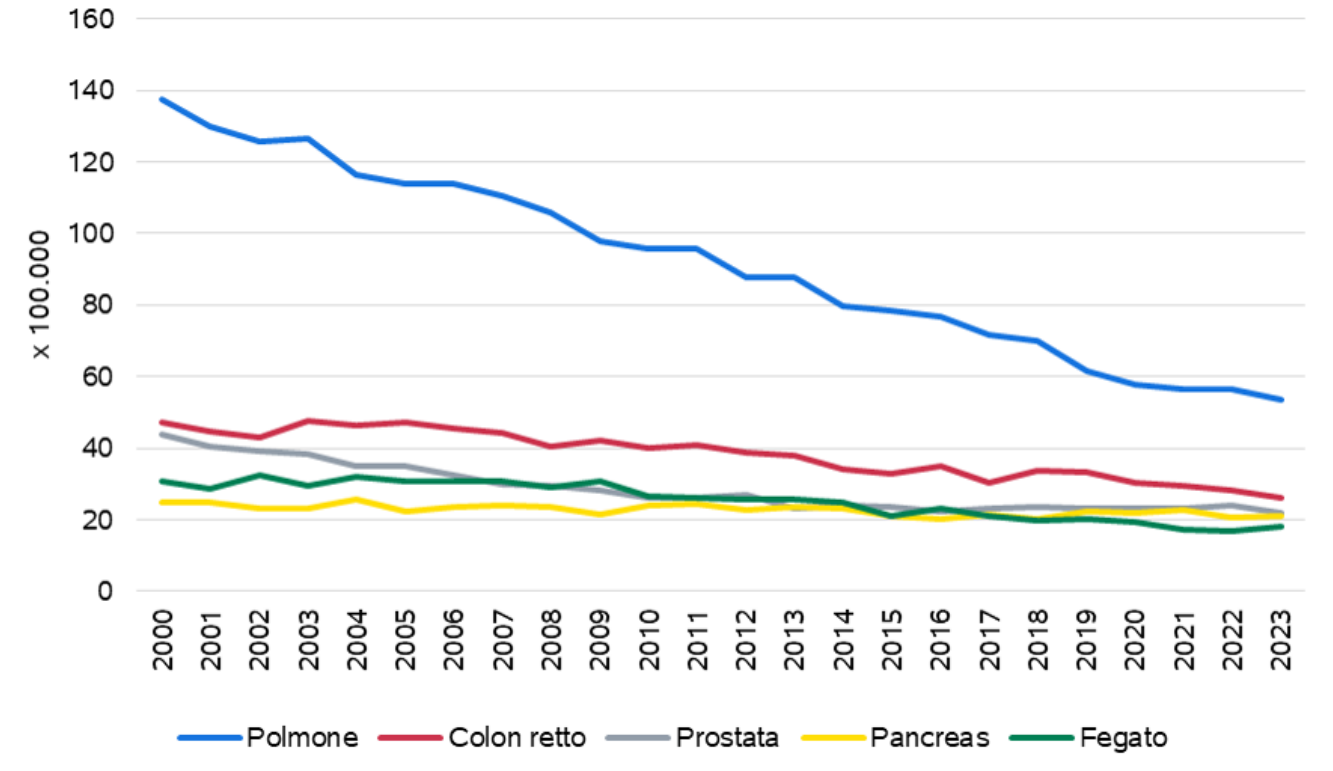
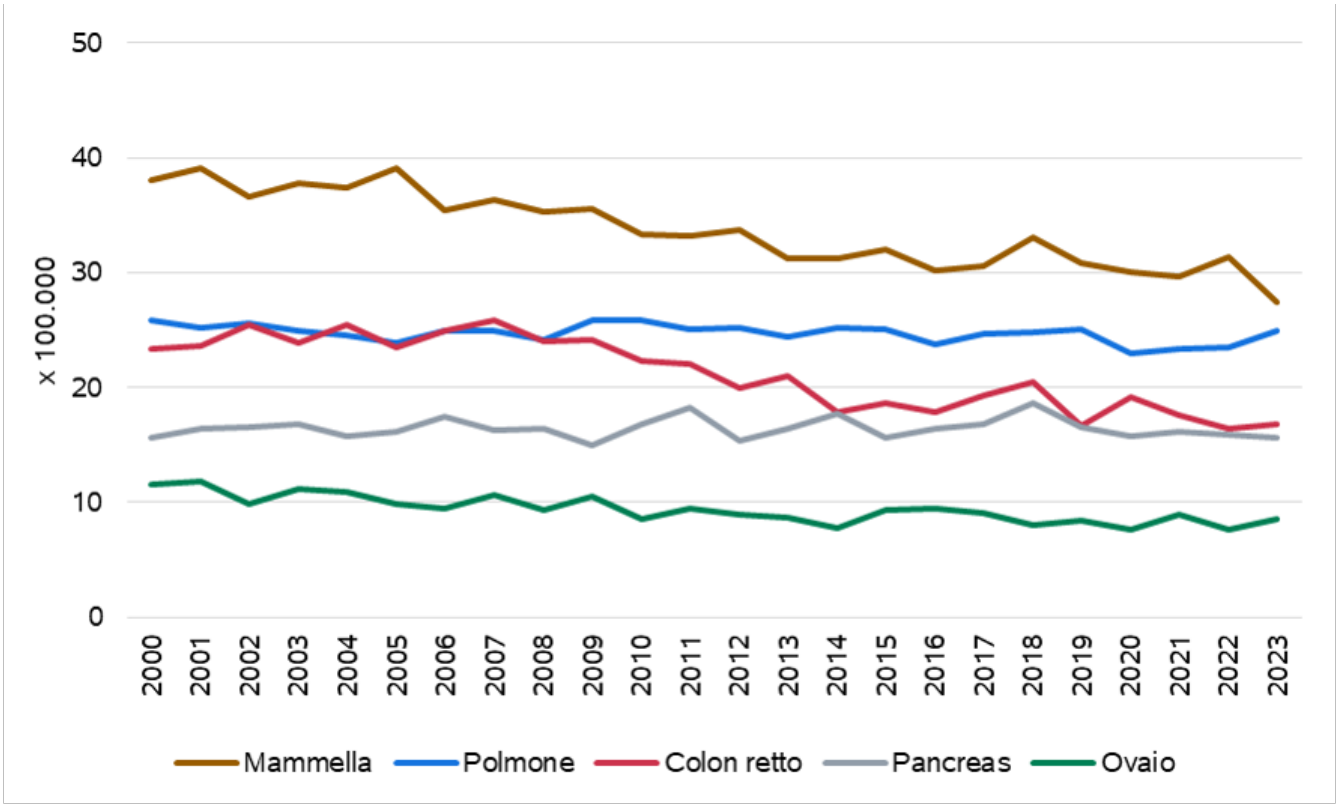


Figura 6.3.3 Sedi tumorali cause di decesso più frequenti nelle femmine: andamento temporale del tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, 2000-2023



Approfondimenti

Sito web Registro Tumori del Veneto

https://www.registrotumoriveneto.it/

Per maggiori informazioni

Registro Tumori del Veneto

Via Jacopo Avanzo 35 - 35132 Padova

registro.tumori@azero.veneto.it

049 8778130

049 8778147

6.4 I tumori nei bambini e negli adolescenti

I bambini e gli adolescenti con meno di 20 anni di età residenti in Veneto, nel 2024, sono circa 825.000 (856.251 nel 2021).
La classificazione usata per i tumori diagnosticati in queste fasce di età è l'ICCC-3 (International Classification of Childhood Cancer, third edition, IARC, 2005), che suddivide la casistica in 12 differenti gruppi di tumore. Nel gruppo III (Neoplasie del sistema nervoso centrale (SNC) e intracraniche-intraassiali) sono incluse, oltre ai tumori maligni, alcune neoplasie a comportamento non maligno del sistema nervoso centrale.
Si stima che in Veneto nel 2024 siano stati diagnosticati 166 nuovi casi di tumore, 97 tra i bambini (0-14 anni) e 69 tra gli adolescenti (15-19 anni). Di questi 166 nuovi casi, 34 sono leucemie, 35 linfomi, 28 tumori del SNC e 28 tumori del gruppo XI (Carcinomi e altre neoplasie maligne epiteliali).
Nei bambini (0-14 anni) i tumori più frequenti sono leucemie, tumori del SNC e linfomi; in questi ultimi due gruppi i maschi mostrano tassi di incidenza più elevati rispetto alle femmine (Figura 6.4.1 e Figura 6.4.2).
Negli adolescenti, le prime due sedi tumorali sono rappresentate dai tumori del gruppo XI (Carcinomi e altre neoplasie maligne epiteliali) e dai linfomi. Per entrambi i gruppi il tasso di incidenza delle femmine è superiore a quello dei maschi; in particolare la differenza più grande riguarda il tumore della tiroide, che nelle femmine costituisce i due terzi della casistica del gruppo XI (Figura 6.4.3).
L'incidenza del totale tumori negli ultimi 20 anni è sostanzialmente stabile sia nei bambini che negli adolescenti (Figura 6.4.4). I singoli gruppi ICCC-3 hanno un'incidenza pressoché costante nel tempo, ad eccezione del gruppo II (Linfomi e neoplasie reticolo-endoteliali), che mostra una diminuzione dell'1,7% annuo (Figura 6.4.5). L'incidenza del tumore della tiroide ha avuto invece un incremento annuo del 4,2% nell'intero periodo.
E' stata calcolata la sopravvivenza osservata a 5 anni di distanza dalla diagnosi dei casi diagnosticati nel periodo 2014-2018 nelle sedi tumorali più frequenti (Tabella 6.4.1). Il retinoblastoma, i tumori del gruppo XI (Carcinomi e altre neoplasie maligne epiteliali) e il linfoma di Hodgkin sono i tumori a miglior prognosi, caratterizzati da una sopravvivenza a 5 anni che raggiunge quasi il 100%; la leucemia linfoide e i tumori delle cellule germinali hanno una sopravvivenza superiore al 90%, seguiti dai linfomi non Hodgkin, dalla leucemia mieloide acuta, dai tumori epatici e dai tumori renali, con una sopravvivenza compresa tra l'80 e il 90%. I tumori del sistema nervoso simpatico, i tumori del SNC, i sarcomi e i tumori maligni dell'osso hanno una sopravvivenza a 5 anni compresa tra il 70 e l'80%.

Figura 6.4.1 I cinque gruppi tumorali più frequenti nei bambini (0-14 anni) e negli adolescenti (15-19 anni): percentuale sul totale tumori di quella fascia di età. Veneto, 2017-2021

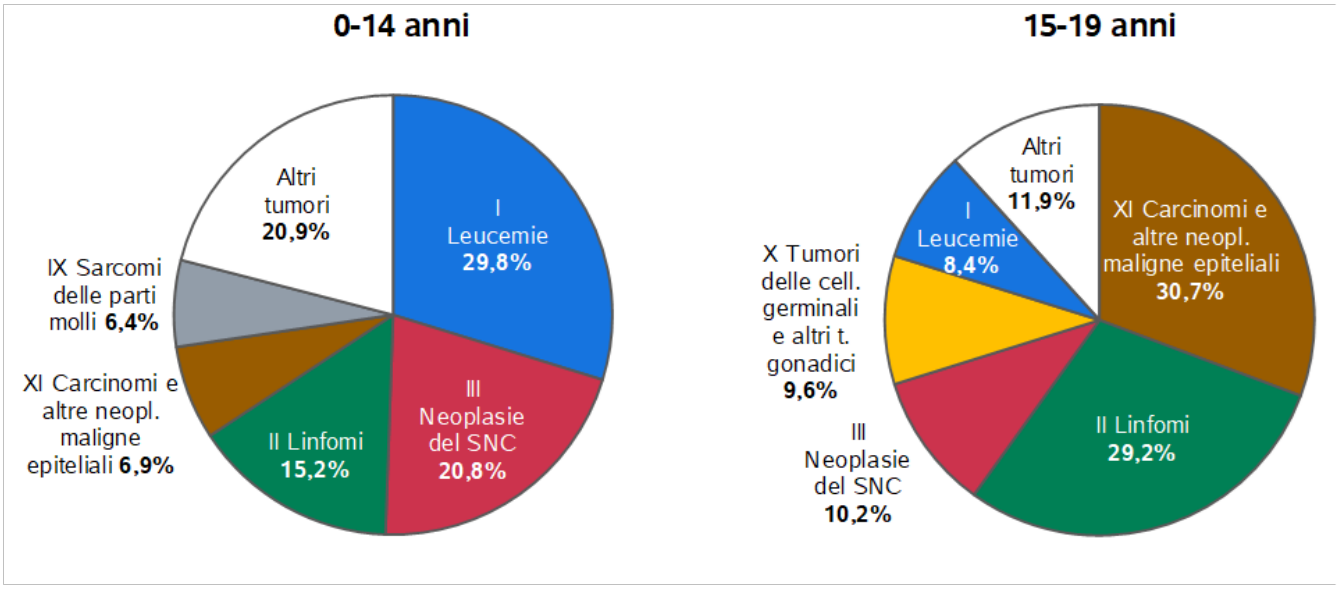


Figura 6.4.2 Gruppi di ICCC-3 nei bambini (0-14 anni): tassi grezzi di incidenza per sesso. Veneto, 2017-2021

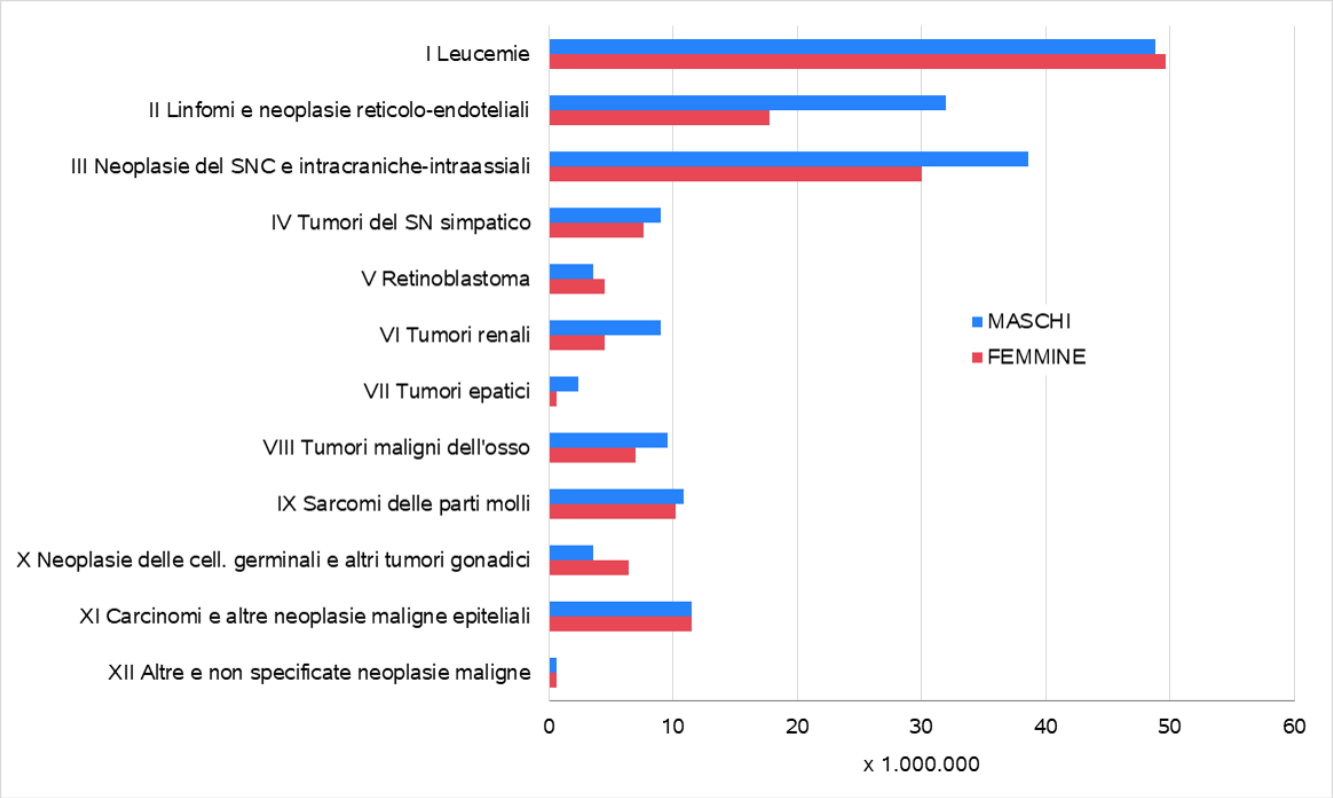


Figura 6.4.3 Gruppi di ICCC-3 negli adolescenti (15-19 anni): tassi grezzi di incidenza per sesso. Veneto, 2017-2021

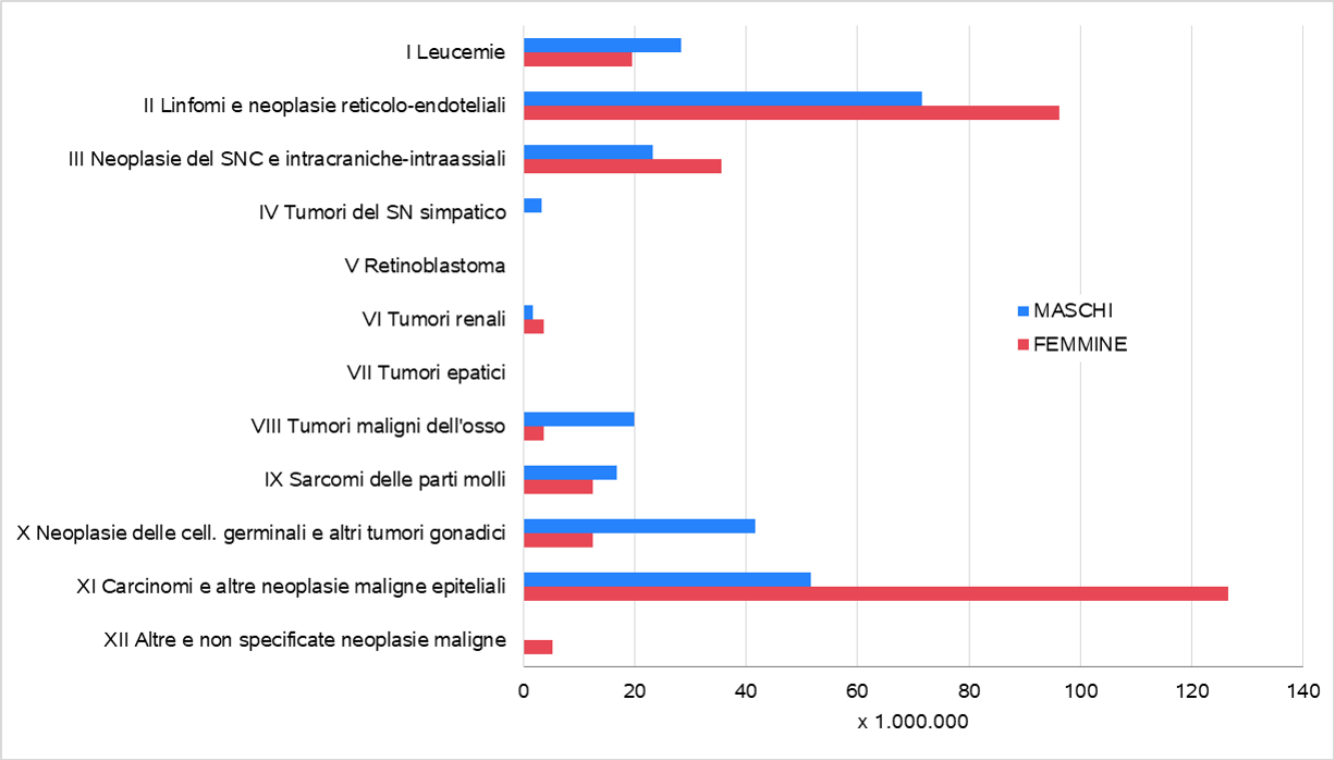


Figura 6.4.4 Totale neoplasie maligne (incluse le neoplasie non maligne del SNC): andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013 per classe di età. Veneto, periodi quadriennali dal 2002 al 2021

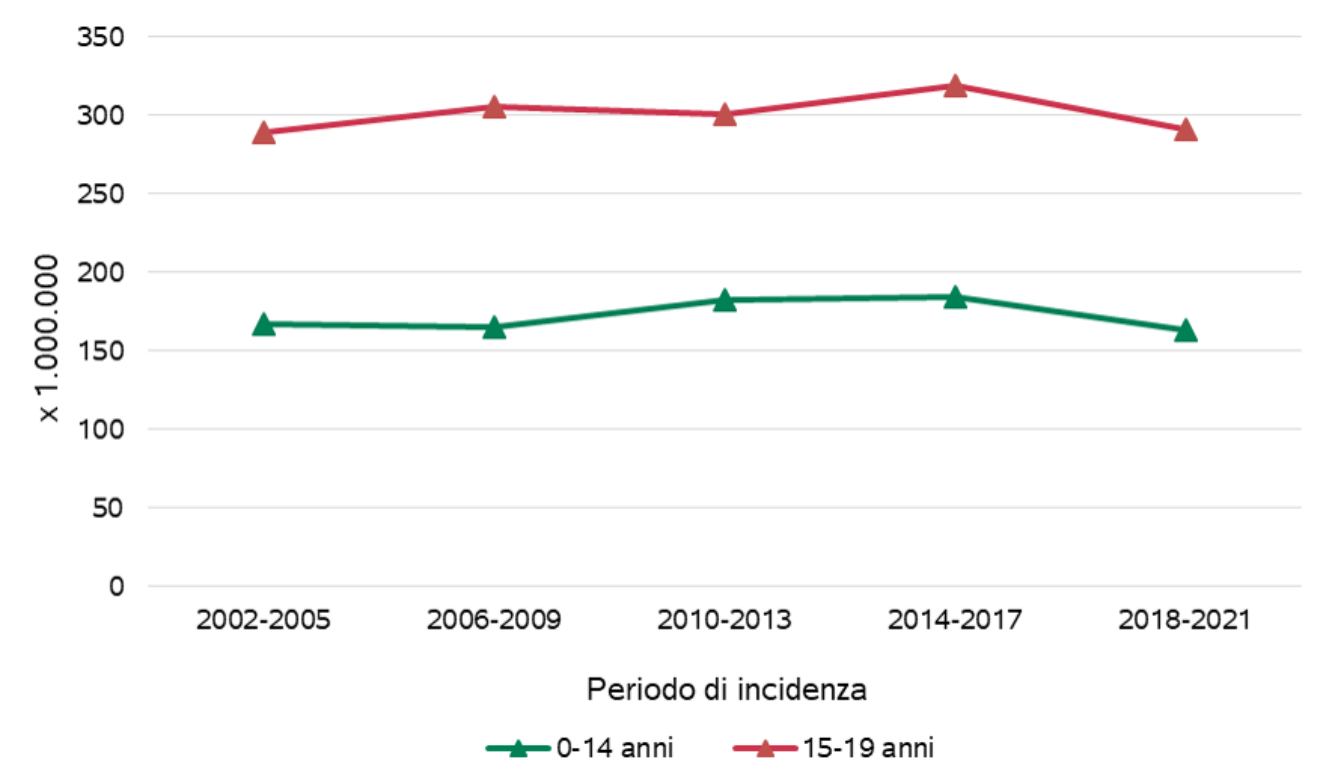


Figura 6.4.5 Gruppi ICCC-3 più frequenti sotto i 20 anni di età: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, periodi quadriennali dal 2002 al 2021

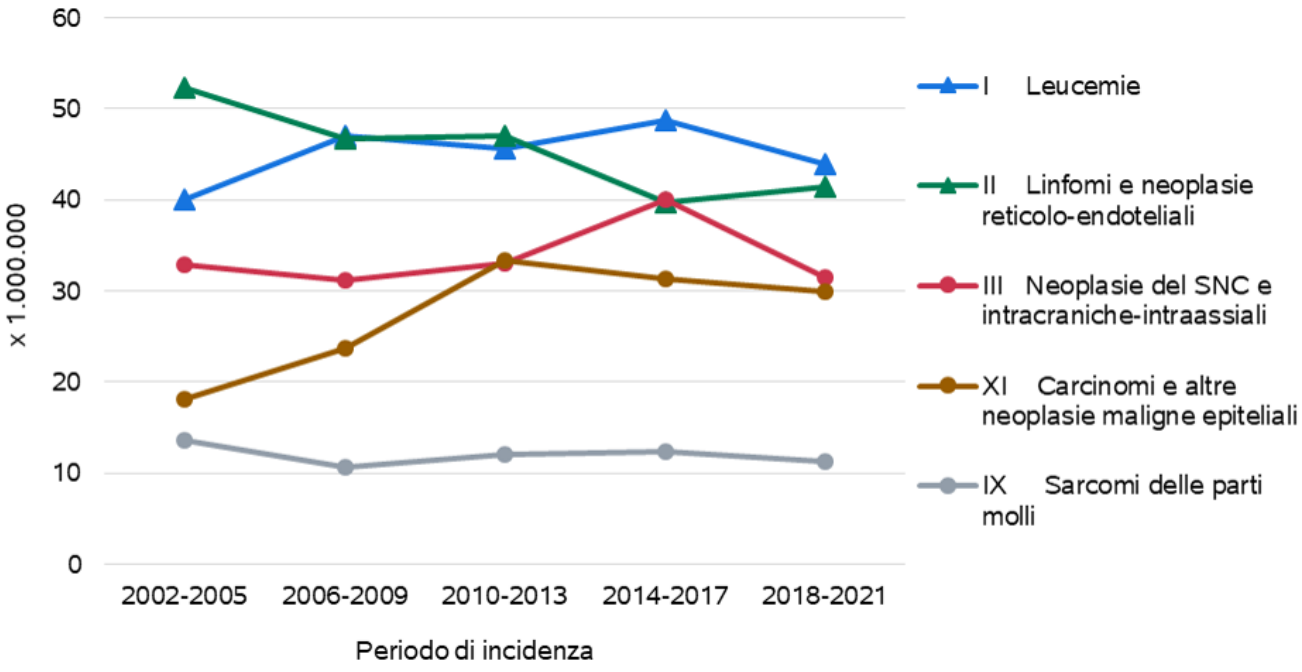


Tabella 6.4.1 Sopravvivenza osservata calcolata a 5 anni dalla diagnosi per gruppo ICCC-3 e principali sottotipi. Soggetti residenti in Veneto con tumore diagnosticato sotto i 20 anni di età nel periodo 2014-2018

GRUPPI ICCC3		%
I	Leucemie	90,2%
Ia	Leucemia linfoide	92,9%
Ib	Leucemia mieloide acuta	83,8%
II	Linfomi e neoplasie reticolo-endoteliali	96,8%
IIa	Linfoma di Hodgkin	99,2%
IIb	Linfoma non Hodgkin	89,2%
III	Neoplasie del SNC e intracraniche-intraassiali	75,0%
IIIc	Tumore embrionale intracranico e intraspinale	62,2%
IV	Tumori del SN simpatico	78,9%
V	Retinoblastoma	100,0%
VI	Tumori renali	87,0%
VII	Tumori epatici	87,5%
VIII	Tumori maligni dell'osso	70,5%
VIIIa	Osteosarcoma	62,5%
VIIIc	Sarcoma di Ewing	77,8%
IX	Sarcomi delle parti molli	75,0%
IXa	Rabdomiosarcoma e Sarcoma embrionale	71,4%
X	Neoplasie delle cellule germinali, trofoblastiche e altre delle gonadi	93,8%
XI	Carcinomi e altre neoplasie maligne epiteliali	99,3%
XIb	Carcinoma della tiroide	100,0%
XId	Melanoma	100,0%
XII	Altre e non specificate neoplasie maligne	100,0%

Approfondimenti

Sito web del Registro Tumori del Veneto

https://www.registrotumoriveneto.it/

Per maggiori informazioni

Registro Tumori del Veneto

Via Jacopo Avanzo 35 - 35132 Padova

registro.tumori@azero.veneto.it

049 8778130

049 8778147

Popolazione e salute

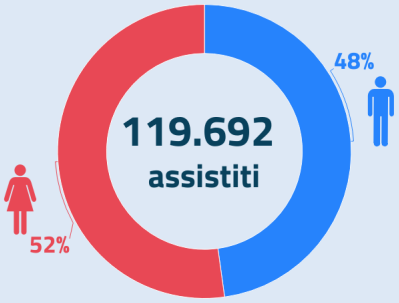
7. Malattie respiratorie

CONTENUTI

- 7.1 Asma
- 7.2 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

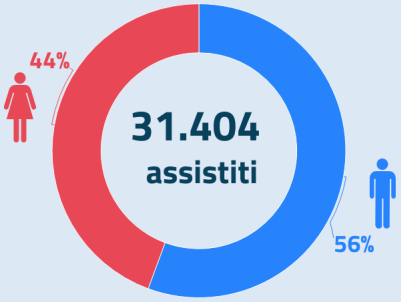
MALATTIE RESPIRATORIE - *Veneto, dati anno 2024*

Asma



8 su 10 hanno meno di 65 anni

BPCO (Grado moderato/severo)



9 su 10 hanno più di 65 anni

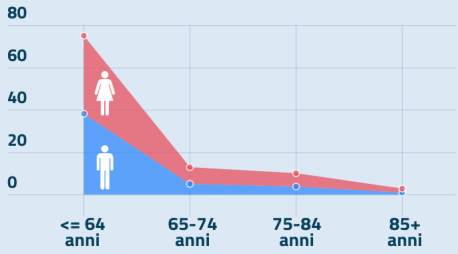
Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

ASMA *(Veneto, dati Anno 2024)*

Prevalenza

2,5 per 100 ab. | 2,4 per 100 ab. | 2,5 per 100 ab.

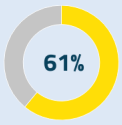
Distribuzione %



Patologie compresenti più frequenti

- 17% Ipertensione arteriosa
- 17% Dislipidemie
- 7% Ipotiroidismo

Comorbidità



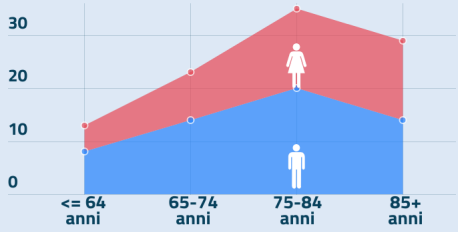
Nessuna patologia cronica compresente

BPCO - Grado moderato/severo *(Veneto, dati Anno 2024)*

Prevalenza

5,6 per 1.000 ab. | 7,3 per 1.000 ab. | 6,5 per 1.000 ab.

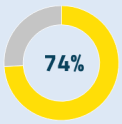
Distribuzione %



Patologie compresenti più frequenti

- 54% Ipertensione arteriosa
- 44% Dislipidemie
- 32% Cardiopatia aritmica

Comorbidità



Almeno 3 patologie croniche compresenti

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

7.1 Asma

L'asma è una malattia cronica, caratterizzata da un'infiammazione diffusa delle vie aeree che causa un'ostruzione al flusso d'aria, generalmente reversibile. Nell'asma si riconoscono fattori di rischio sia individuali (tra cui predisposizione genetica e pregressa storia di atopia), sia ambientali (tra cui esposizioni ad allergeni ambientali e occupazionali, infezioni respiratorie, fumo di sigaretta, inquinamento ambientale).
I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono ai residenti in Veneto nel corso del 2024. La prevalenza complessiva di asma è risultata del 2,5% (119.692 assistiti). Nei soggetti di sesso maschile la prevalenza sale fino a raggiungere un picco tra i 20 e i 34 anni, pari al 3,3%. Nei soggetti di sesso femminile, la prevalenza sale fino ai 20-34 anni, per poi attestarsi su valori compresi tra il 2,7% e il 3,0% nelle classi d'età più avanzate. Nei maschi si registra un progressivo calo della prevalenza già a partire dai 35 anni, mentre nelle donne, la riduzione della prevalenza si riscontra solo nella classe d'età 85+ (Tabella 7.1.1 e Figura 7.1.1). Dal confronto tra Aziende ULSS, emergono valori di prevalenza standardizzata molto più bassi nelle ULSS 4-Veneto Orientale, 7-Pedemontana e 8-Berica, e leggermente inferiori nell'ULSS 3-Serenissima. Mostrano, invece, valori superiori alla media regionale le ULSS 1-Dolomiti, 6-Euganea e 9-Scaligera (Figura 7.1.2).
Tra i soggetti asmatici, soprattutto in età giovanile, non è presente un elevato grado di comorbidità. A 55-64 anni circa il 50% è affetto da almeno un'altra condizione cronica oltre all'asma (Figura 7.1.3). Tra queste condizioni, quelle che si sono riscontrate con maggior frequenza sono l'ipertensione arteriosa (17,1%), le dislipidemie (16,6%), l'ipotiroidismo (6,7%) e il diabete (6,2%) (Figura 7.1.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di asma nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e cure domiciliari. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 7.1.1 Assistiti con Asma per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-9	1.408	2,5	834	1,3	2.242	1,9
10-19	5.981	10,5	3.431	5,5	9.412	7,9
20-34	12.604	22,0	9.579	15,3	22.183	18,5
35-44	7.544	13,2	7.487	12,0	15.031	12,6
45-54	8.901	15,6	10.784	17,3	19.685	16,4
55-64	9.157	16,0	11.789	18,9	20.946	17,5
65-74	6.176	10,8	9.059	14,5	15.235	12,7
75-84	4.214	7,4	6.946	11,1	11.160	9,3
85+	1.231	2,2	2.567	4,1	3.798	3,2
Totale	57.216	100,0	62.476	100,0	119.692	100,0

Figura 7.1.1 Assistiti con Asma. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2024

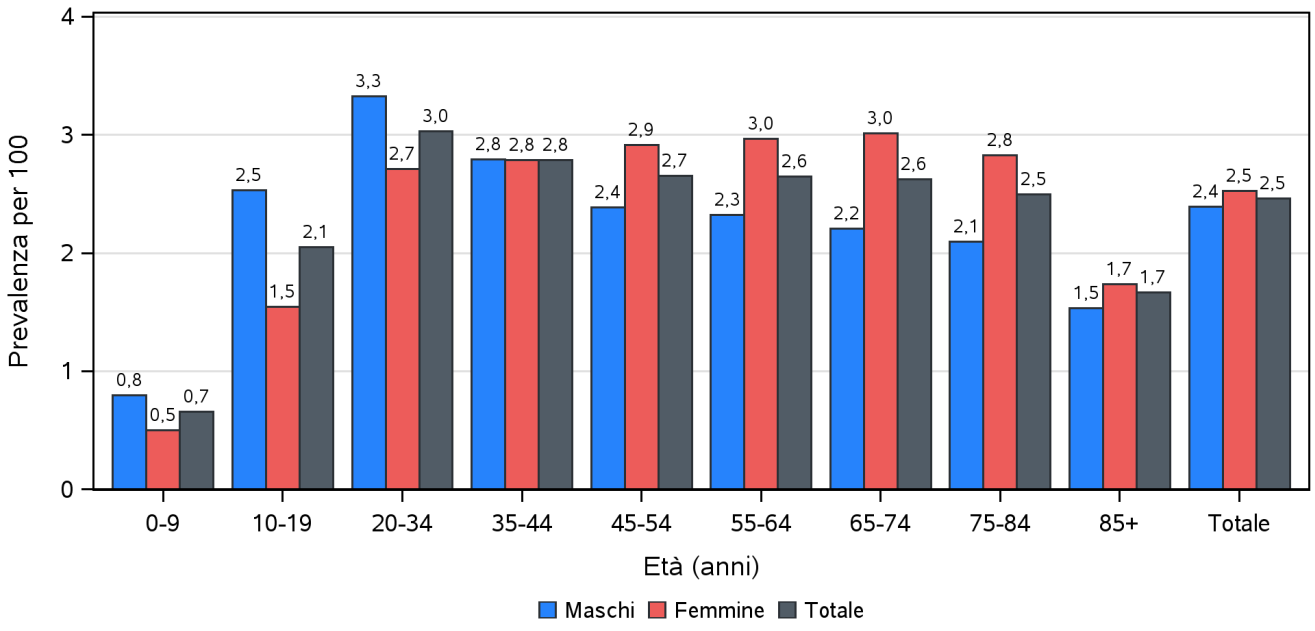


Figura 7.1.2 Assistiti con Asma. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (Popolazione standard: Veneto 2024)

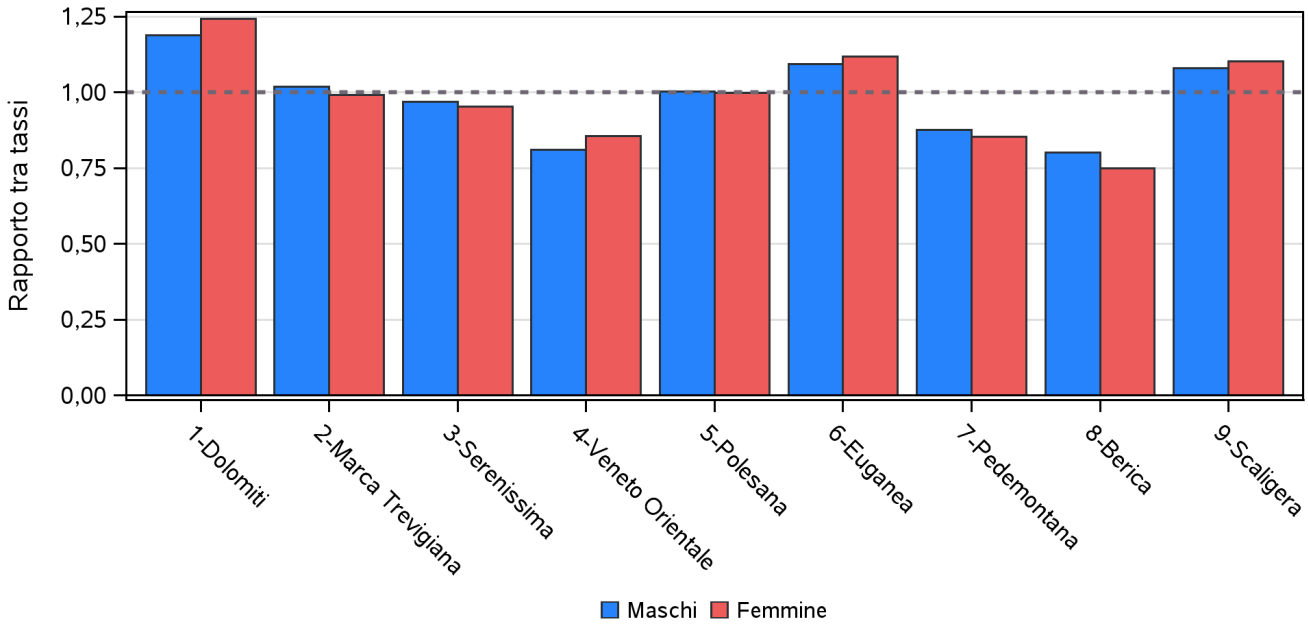


Figura 7.1.3 Assistiti con Asma per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2024

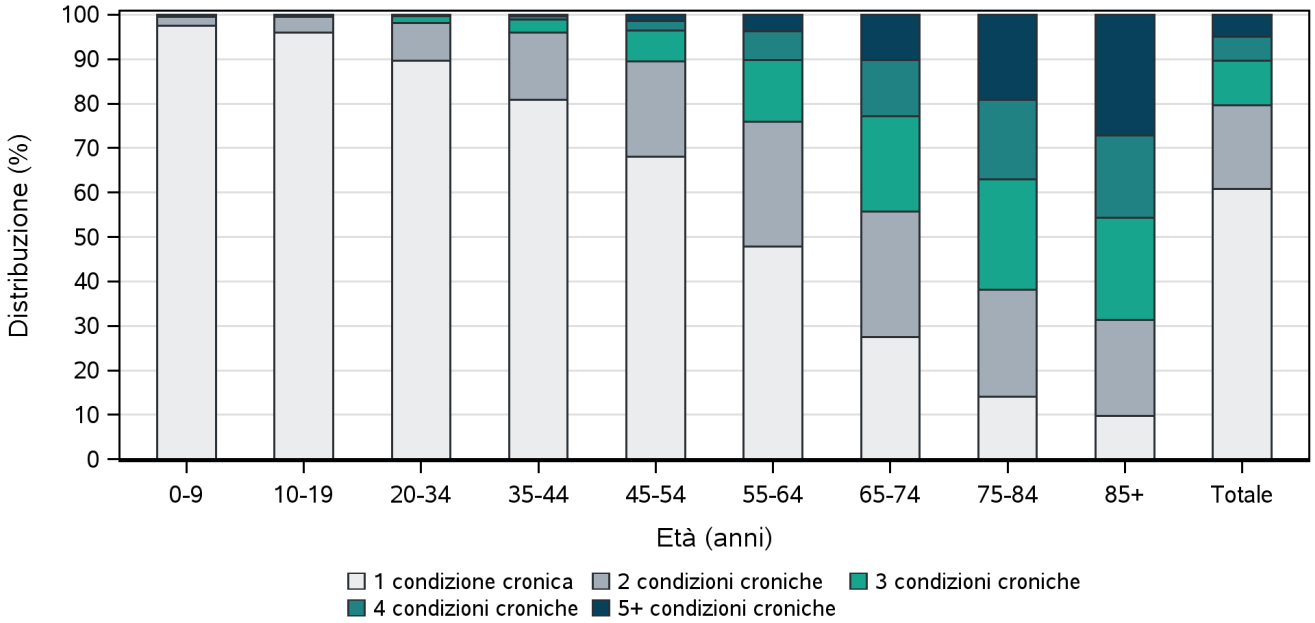
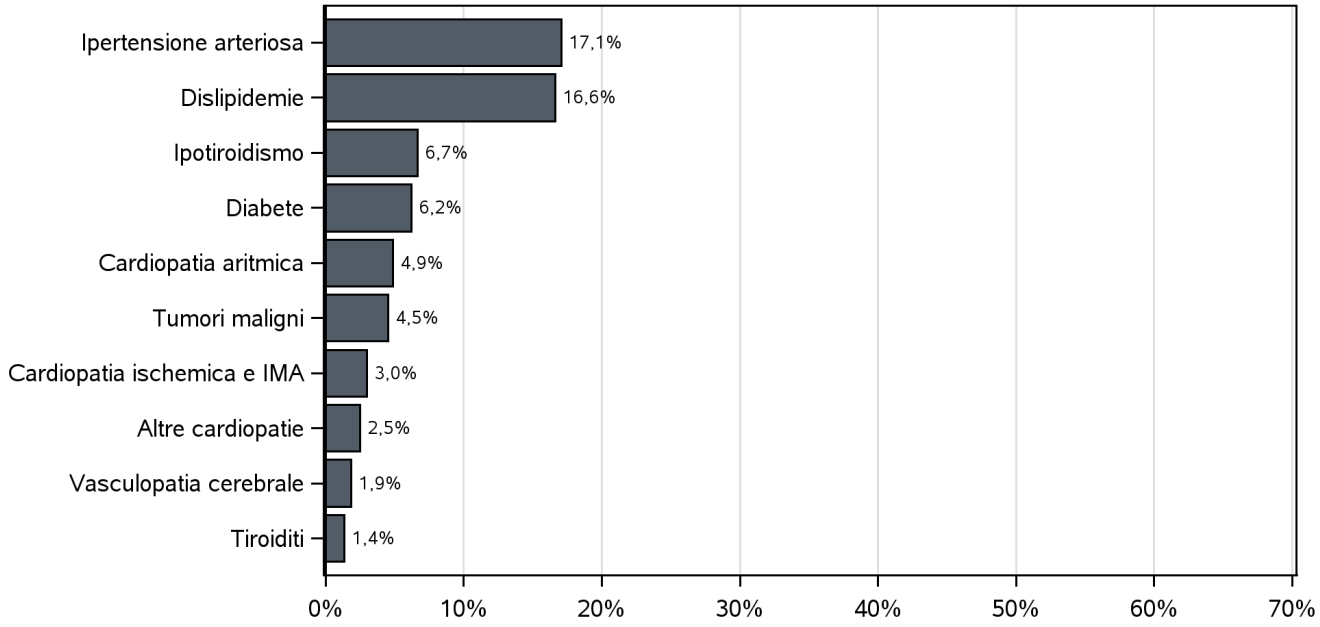


Figura 7.1.4 Assistiti con Asma. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto.

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

7.2 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria cronica dell'apparato respiratorio, caratterizzata da un'ostruzione delle vie aeree che ostacola il flusso d'aria. La malattia ha un esordio insidioso e un decorso abitualmente progressivo, con una gravità variabile, dai casi più lievi a quelli moderati o severi. Le riacutizzazioni sono frequenti e si presentano sotto forma di bronchiti acute e broncopolmoniti, che possono richiedere il ricovero in ospedale. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta.

I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono ai residenti in Veneto nel corso del 2024. L'inquadramento epidemiologico della BPCO, riportato qui di seguito, riguarda solo i casi moderati o severi. La prevalenza complessiva di BPCO moderata e severa è risultata del 6,5 per 1.000 (con 31.404 assistiti), come riportato nella Tabella 7.2.1, nettamente maggiore nei maschi (7,3 per 1.000) che nelle femmine (5,6 per 1.000). La BPCO interessa principalmente gli assistiti di età avanzata, con una prevalenza pari al 24,6 per 1.000 tra 75 e 84 anni, e raggiunge il 40,1 per 1.000 al di sopra degli 85 anni (Figura 7.2.1).

Nel confronto tra Aziende ULSS, si può constatare come la prevalenza standardizzata nelle ULSS 2-Marca Trevigiana, 3-Serenissima e 7-Pedemontana si attesti su valori inferiori rispetto alla media regionale. Risultano lievemente superiori i valori della ULSS 8-Berica, e in misura minore anche dell'ULSS 5-Polesana e 6-Euganea, mentre sono molto superiori i valori dell'ULSS 1-Dolomiti che presenta una prevalenza di circa il 25% più elevata rispetto alla media regionale (Figura 7.2.2).

Tra gli assistiti con BPCO moderata e severa, oltre il 40% presenta 5 o più condizioni croniche (compresa la BPCO). La quota di assistiti affetti da due o più comorbidità aumenta con l'aumentare dell'età. Già a partire dai 45-54 anni, quasi il 60% dei pazienti affetti da BCPO è affetto da almeno un'altra condizione cronica (Figura 7.2.3).

Le condizioni croniche più frequentemente riscontrate negli assistiti con BPCO moderata e severa sono l'ipertensione arteriosa (53,9%), le dislipidemie (44,2%), le patologie cardiovascolari (31,6% cardiopatia aritmica, 29,6% scompenso cardiaco, e 21,9% cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto), il diabete (27,9%) e i tumori maligni (15,3%) (Figura 7.2.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di BPCO moderata e severa nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e cure domiciliari. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 7.2.1 Assistiti con BPCO moderata e severa per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	265	1,5	136	1,0	401	1,3
45-54	434	2,5	281	2,0	715	2,3
55-64	1.871	10,7	1.170	8,4	3.041	9,7
65-74	4.274	24,5	2.842	20,4	7.116	22,7
75-84	6.314	36,2	4.672	33,5	10.986	35,0
85+	4.307	24,7	4.838	34,7	9.145	29,1
Totale	17.465	100,0	13.939	100,0	31.404	100,0

Figura 7.2.1 Assistiti con BPCO moderata e severa. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2024

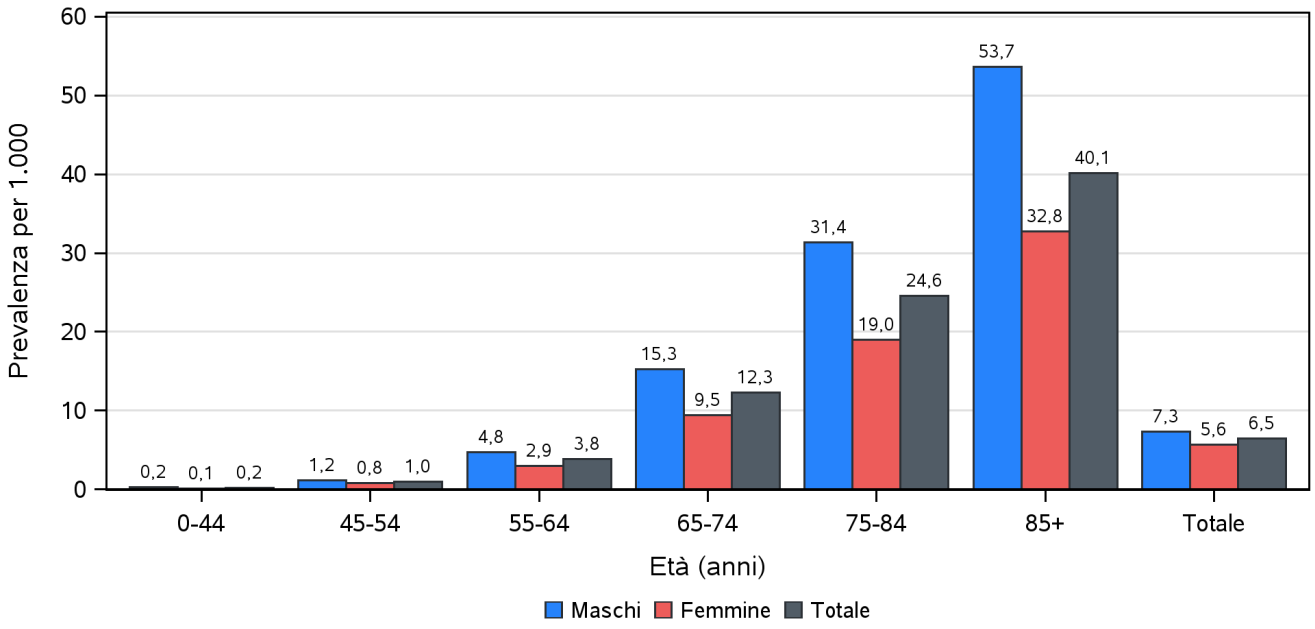


Figura 7.2.2 Assistiti con BPCO moderata e severa. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (Popolazione standard: Veneto 2024)

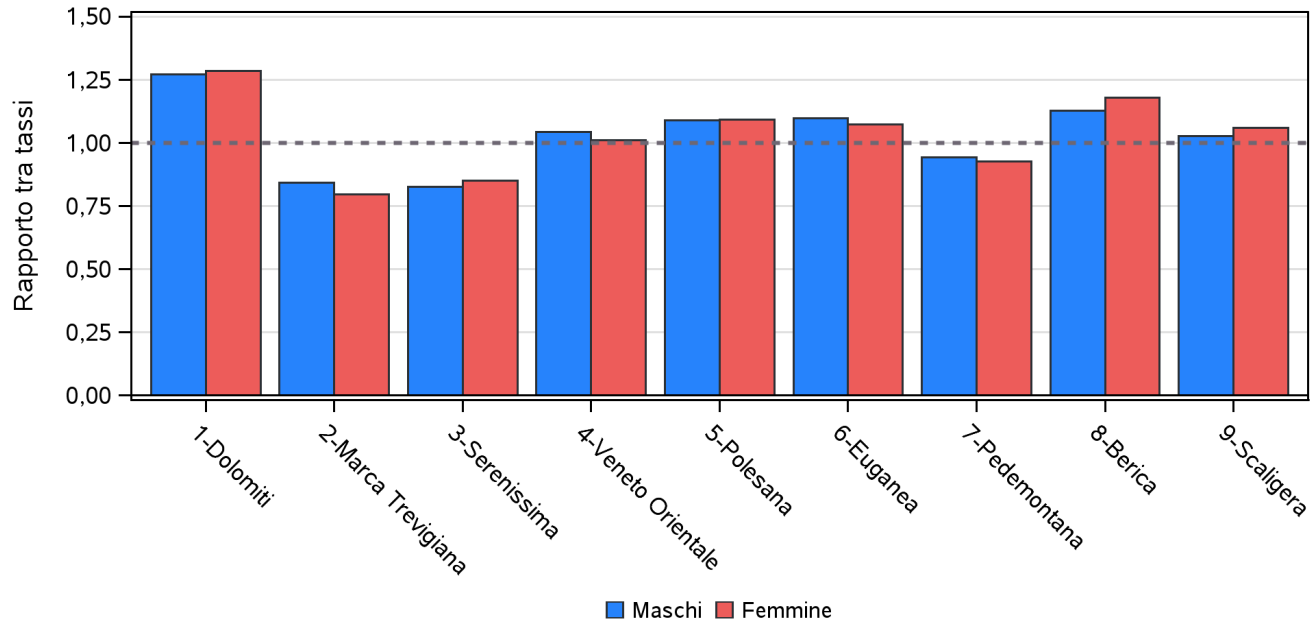


Figura 7.2.3 Assistiti con BPCO moderata e severa per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2024

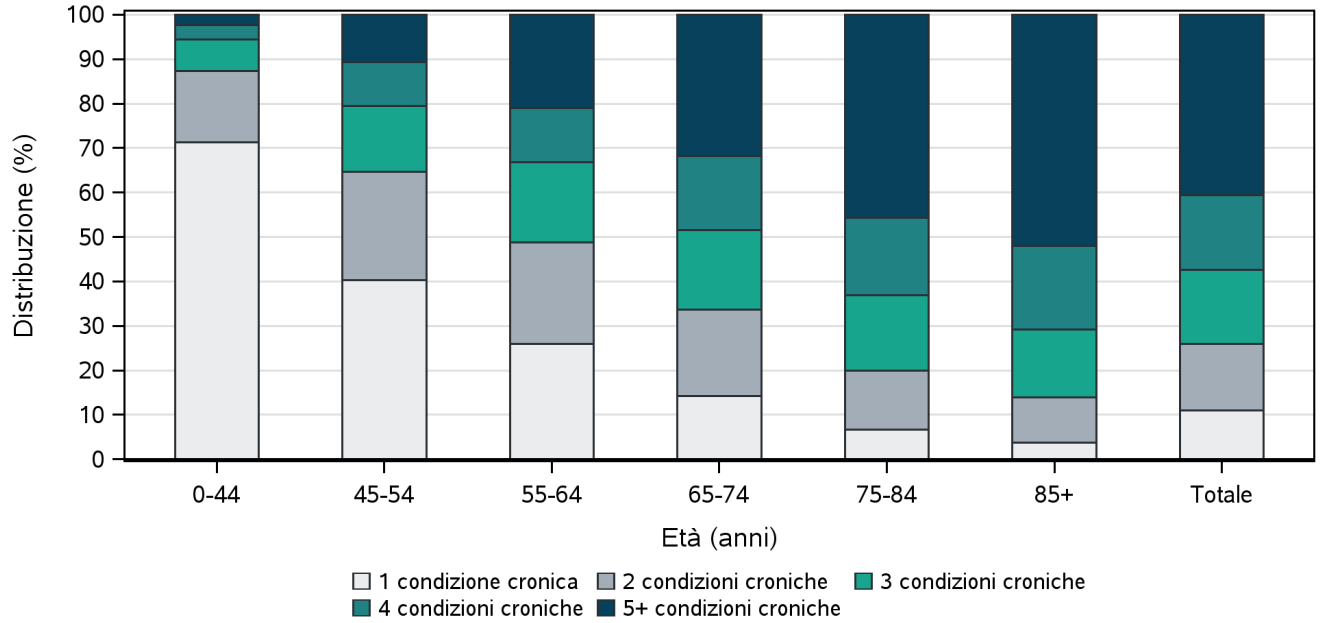
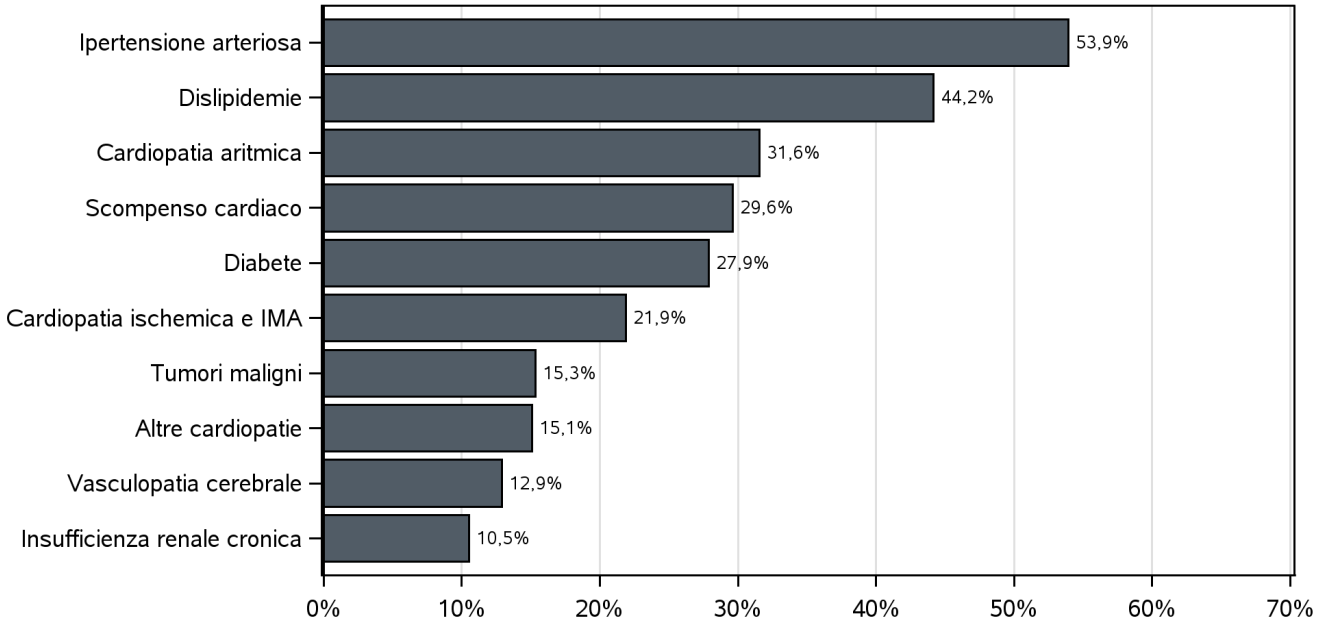


Figura 7.2.4 Assistiti con BPCO moderata e severa. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto.

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

Popolazione e salute

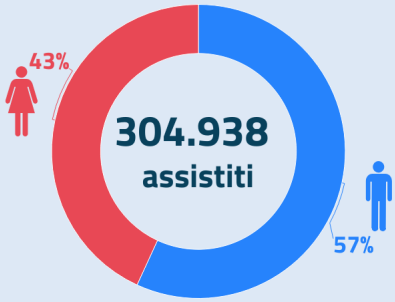
8. Diabete e altre malattie endocrine

CONTENUTI

- 8.1 Diabete mellito
- 8.2 Ipotiroidismo

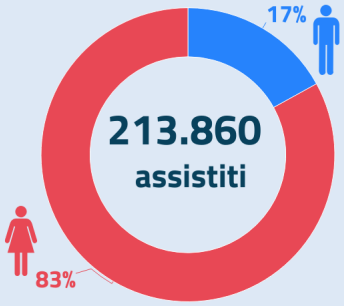
MALATTIE ENDOCRINE - *Veneto, dati anno 2024*

Diabete



7 su 10 hanno più di 65 anni

Ipotiroidismo



6 su 10 hanno tra 45 e 74 anni

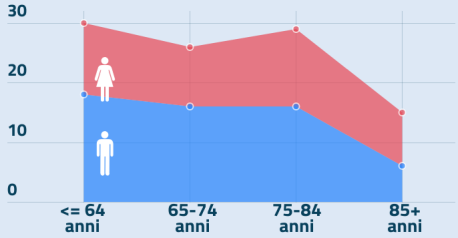
Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

DIABETE *(Veneto, dati Anno 2024)*

Prevalenza

5,3 per 100 ab. | 7,3 per 100 ab. | 6,3 per 100 ab.

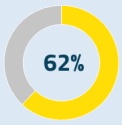
Distribuzione %



Patologie compresenti più frequenti

- 63% Dislipidemie
- 48% Ipertensione arteriosa
- 17% Cardiopatia aritmica

Comorbidità



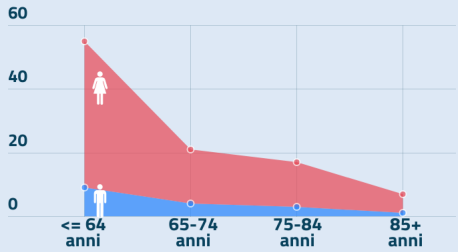
Almeno 3 patologie croniche compresenti

IPOTIROIDISMO *(Veneto, dati Anno 2024)*

Prevalenza

7,2 per 100 ab. | 1,5 per 100 ab. | 4,4 per 100 ab.

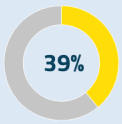
Distribuzione %



Patologie compresenti più frequenti

- 30% Dislipidemie
- 27% Ipertensione arteriosa
- 12% Diabete

Comorbidità



Nessuna patologia cronica compresente

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

8.1 Diabete mellito

Il diabete mellito è una malattia cronica, caratterizzata da un difetto assoluto o relativo di insulina. Nei casi in cui l'insulina viene prodotta in quantità non sufficiente dal pancreas, o quando le cellule dell'organismo non rispondono alla sua presenza, i livelli di glucosio nel sangue risultano persistentemente più elevati del normale (iperglicemia), condizione che caratterizza il diabete. Vengono di seguito riportati i dati di prevalenza del diabete in Veneto, senza distinzione tra diabete di tipo I, tipo II e altre forme di diabete.

Nel 2024, la prevalenza del diabete mellito è risultata del 6,3% (304.938 assistiti), interessando maggiormente soggetti in età adulta o anziana, con un picco tra i 75 e gli 84 anni pari al 20,2% (24,8% nei maschi e 16,5% nelle femmine). Al di sotto dei 55 anni, la prevalenza si attesta a valori perlopiù inferiori al 3% (Tabella 8.1.1 e Figura 8.1.1).

Dal confronto tra Aziende ULSS, emerge una prevalenza standardizzata più bassa nell'ULSS 1-Dolomiti, mentre risultano avere valori superiori alla media regionale le ULSS 5-Polesana e 8-Berica, seppure quest'ultima in misura minore (Figura 8.1.2).

Tra i soggetti con diabete mellito in età giovanile non è presente un elevato grado di comorbidità. Tra i 45 e i 54 anni più del 60% è affetto da almeno un'altra condizione cronica oltre al diabete (Figura 8.1.3). Tra queste condizioni, quelle presenti con maggior frequenza sono le dislipidemie (62,7%), l'ipertensione arteriosa (48,2%), la cardiopatia aritmica (16,8%), e la cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto (16,6%) (Figura 8.1.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di diabete nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi

Tabella 8.1.1 Assistiti con Diabete per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	2.826	1,6	3.806	2,9	6.632	2,2
35-44	3.950	2,3	4.342	3,3	8.292	2,7
45-54	13.792	8,0	8.466	6,4	22.258	7,3
55-64	33.834	19,5	18.713	14,2	52.547	17,2
65-74	50.163	28,9	29.486	22,4	79.649	26,1
75-84	49.814	28,7	40.641	30,9	90.455	29,7
85+	19.024	11,0	26.081	19,8	45.105	14,8
Totale	173.403	100,0	131.535	100,0	304.938	100,0

Figura 8.1.1 Assistiti con Diabete. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2024

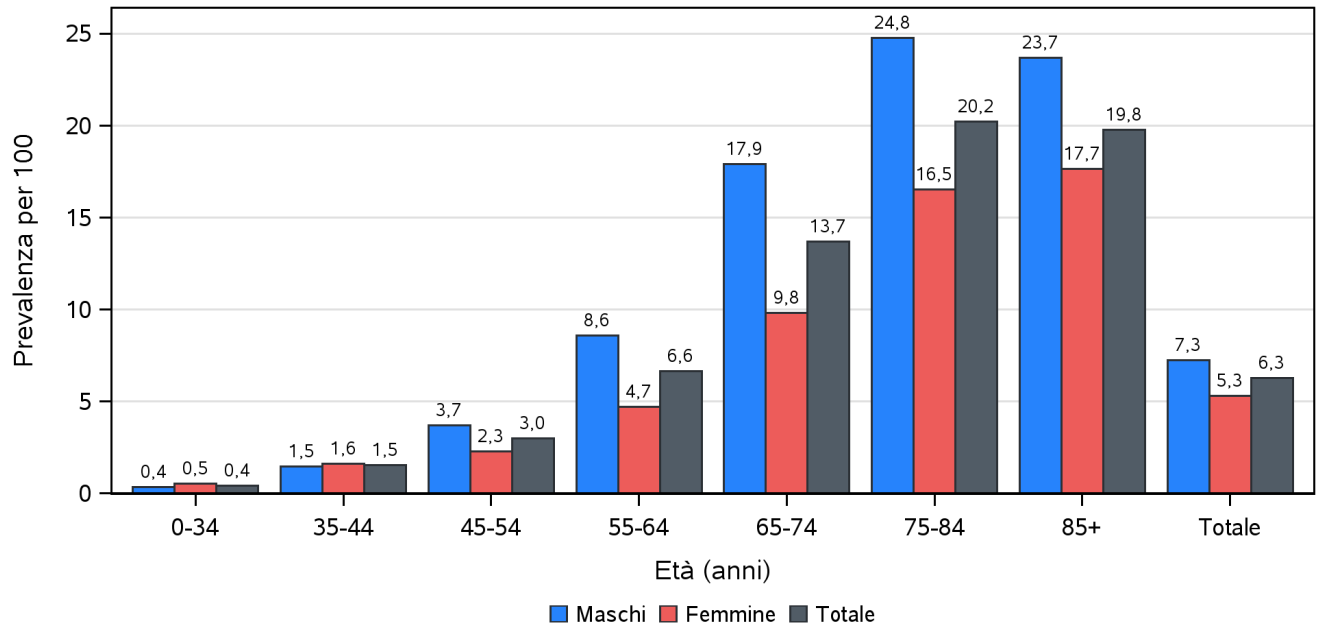


Figura 8.1.2 Assistiti con Diabete. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (Popolazione standard: Veneto 2024)

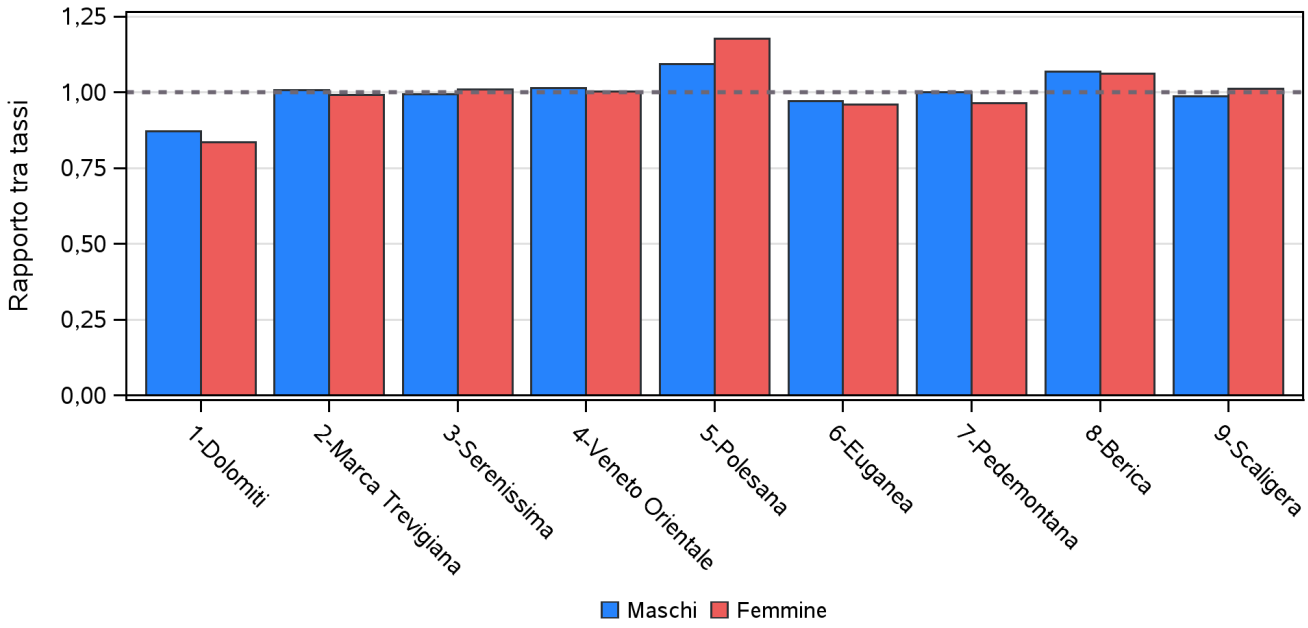


Figura 8.1.3 Assistiti con Diabete per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2024

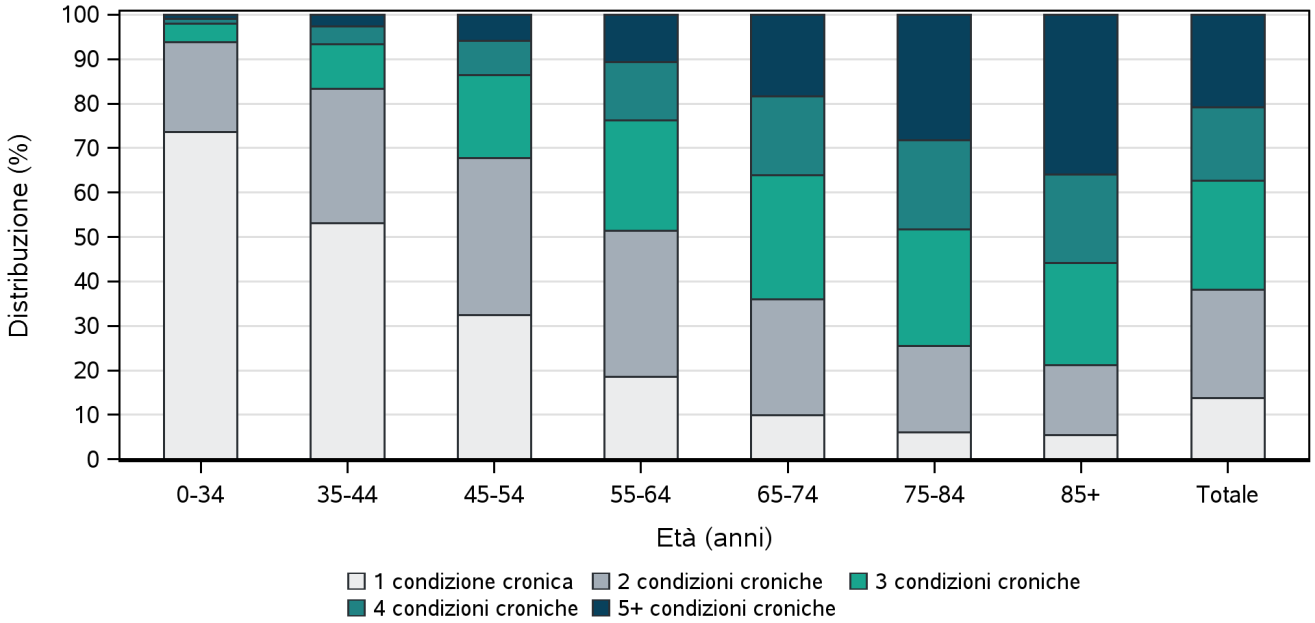
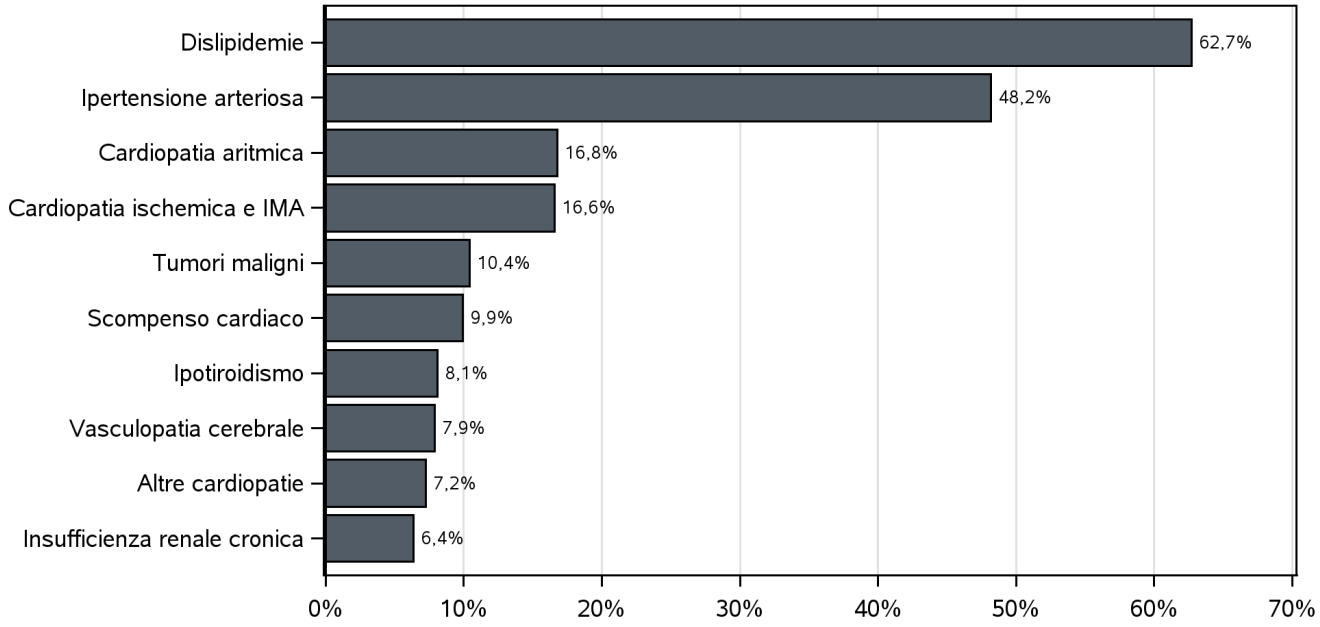


Figura 8.1.4 Assistiti con Diabete. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto.

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

8.2 Ipotiroidismo

L'ipotiroidismo è una condizione in cui la tiroide non è in grado di produrre una quantità di ormoni sufficiente a soddisfare il bisogno dell'organismo. Tra le cause più frequenti si annoverano le malattie autoimmuni, le rimozioni chirurgiche parziali o totali della tiroide, le tiroiditi e l'ipotiroidismo congenito.
Nel 2024 la prevalenza di ipotiroidismo era del 4,4% (213.860 assistiti), marcatamente più presente nelle donne, dove la prevalenza è pari al 7,2% (177.543 assistite), rispetto agli uomini, in cui la prevalenza è dell'1,5% (36.317 assistiti). L'ipotiroidismo colpisce più frequentemente le donne in tutte le classi d'età, raggiungendo un picco a 65-74 anni (12,0%), mentre nei maschi si attesta su valori nettamente inferiori e aumenta progressivamente con l'età, raggiungendo al massimo una prevalenza di poco superiore al 3% oltre i 75 anni (Tabella 8.2.1 e Figura 8.2.1).
Dal confronto con la media regionale è emerso come la prevalenza risulti leggermente più bassa nell'ULSS 5-Polesana, marcatamente più bassa nell'ULSS 1-Dolomiti e 4-Veneto Orientale e solo lievemente più elevata nelle ULSS 2-Marca Trevigiana, 8-Berica e 9-Scaligera (Figura 8.2.2).
La quota di assistiti affetti da ipotiroidismo che presentano una o più comorbidità, oltre all'ipotiroidismo, aumenta con l'aumentare dell'età, attestandosi sopra il 70% tra gli ultra-sessantacinquenni (Figura 8.2.3). Tra le comorbidità più frequenti si annoverano le dislipidemie (29,5%), l'ipertensione arteriosa (26,7%), il diabete (11,6%), i tumori maligni (11,2%), e la cardiopatia aritmica (8,7%) (Figura 8.2.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di ipotiroidismo nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).
Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 8.2.1 Assistiti con Ipotiroidismo per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	3.162	8,7	12.063	6,8	15.225	7,1
35-44	2.726	7,5	16.609	9,4	19.335	9,0
45-54	5.299	14,6	28.921	16,3	34.220	16,0
55-64	8.119	22,4	41.590	23,4	49.709	23,2
65-74	7.724	21,3	36.171	20,4	43.895	20,5
75-84	6.647	18,3	28.917	16,3	35.564	16,6
85+	2.640	7,3	13.272	7,5	15.912	7,4
Totale	36.317	100,0	177.543	100,0	213.860	100,0

Figura 8.2.1 Assistiti con Ipotiroidismo. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100). Veneto, anno 2024

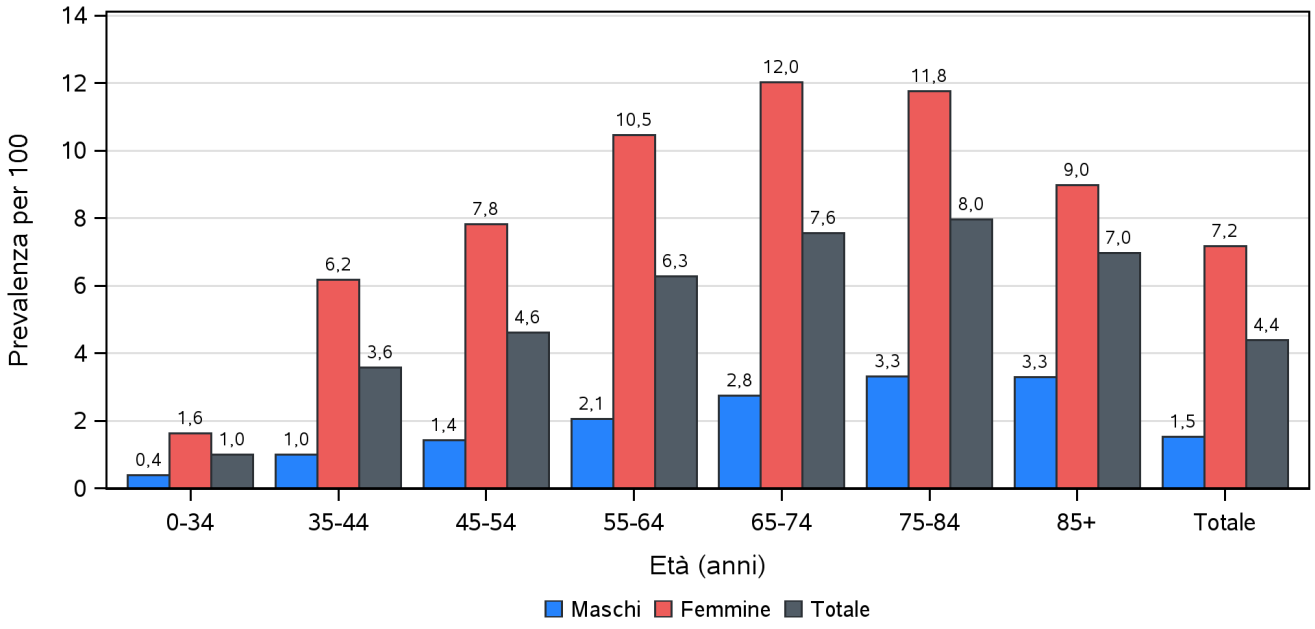


Figura 8.2.2 Assistiti con Ipotiroidismo. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (Popolazione standard: Veneto 2024)

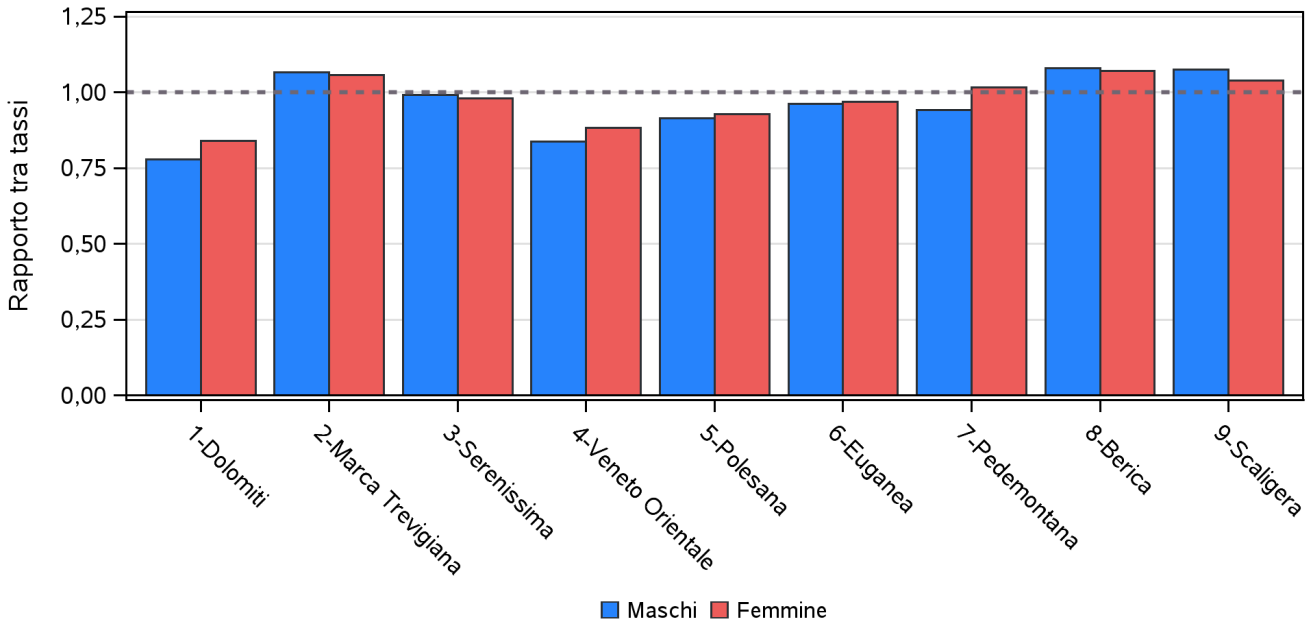


Figura 8.2.3 Assistiti con Ipotiroidismo per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2024

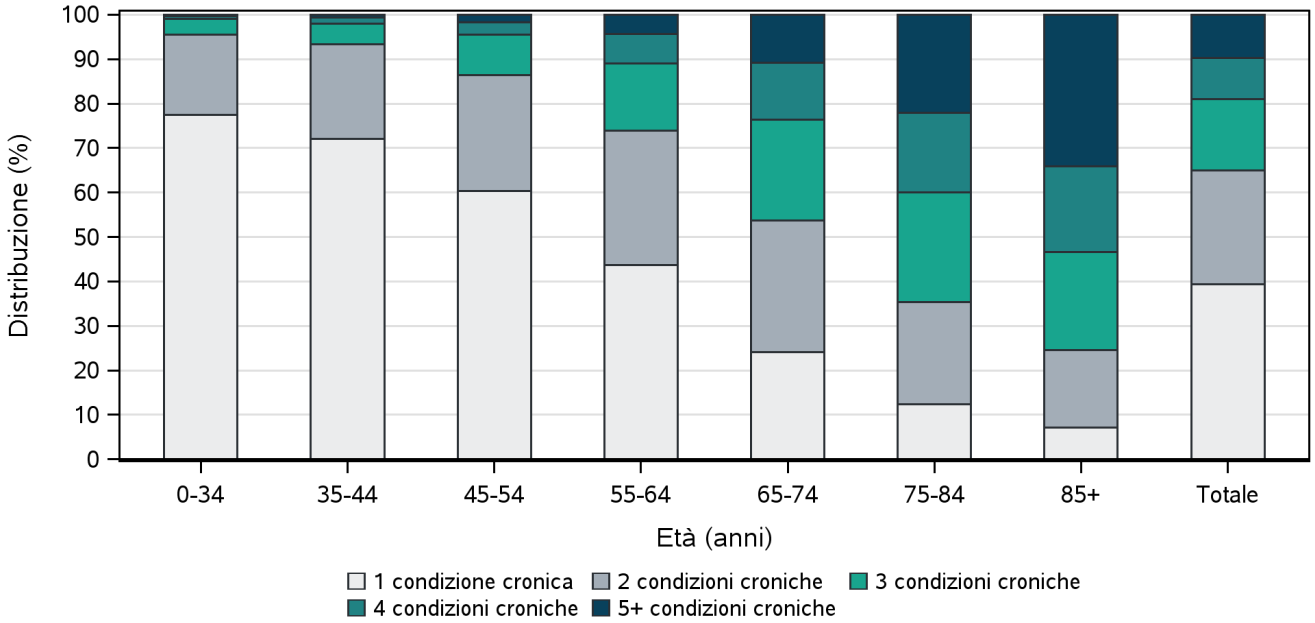
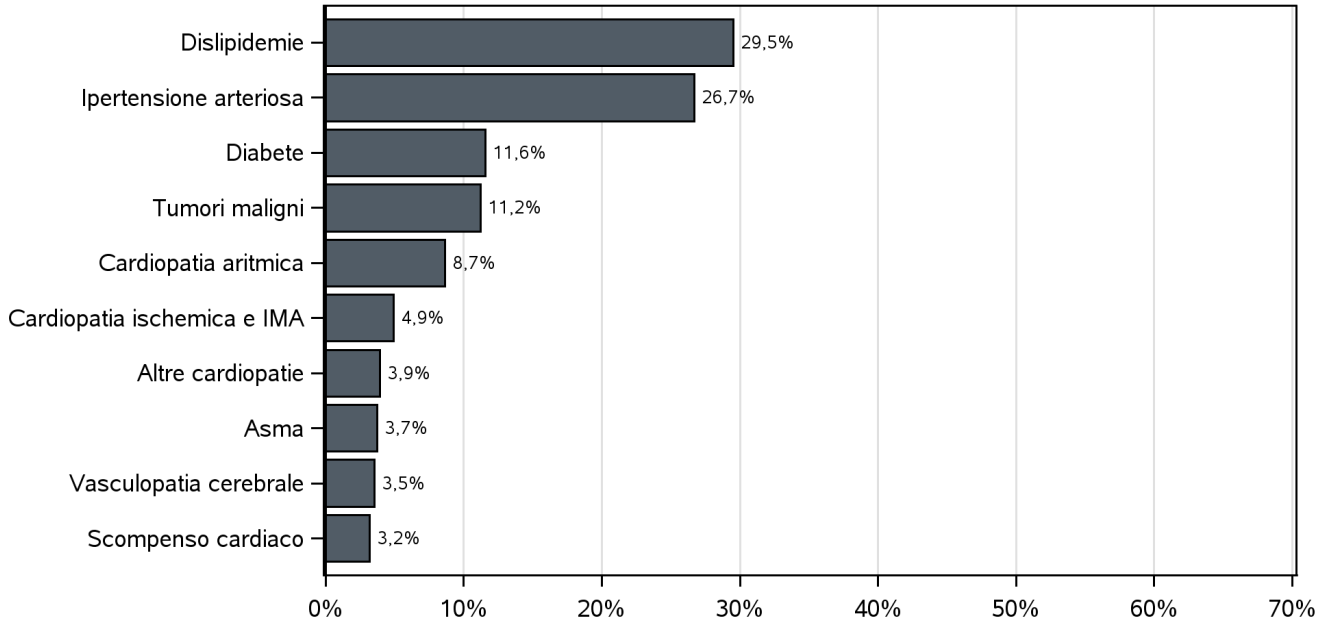


Figura 8.2.4 Assistiti con Ipotiroidismo. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto.

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

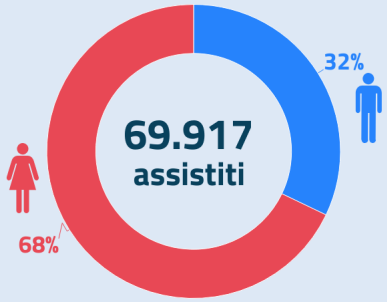
9. Malattie del sistema nervoso

CONTENUTI

- 9.1 Demenze
- 9.2 Malattia di Parkinson
- 9.3 Sclerosi multipla

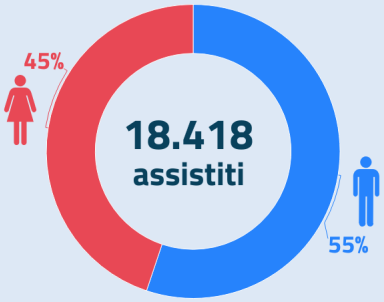
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO - *Veneto, dati anno 2024*

Demenze



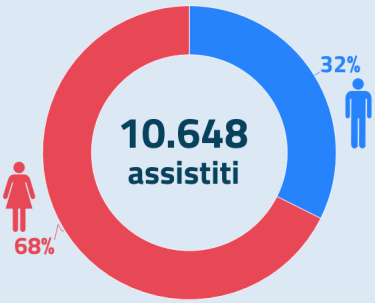
8 su 10 hanno oltre 80 anni

Malattia di Parkinson



9 su 10 hanno oltre 65 anni

Sclerosi multipla



7 su 10 hanno tra i 35 e 64 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

DEMENZE *(Veneto, dati Anno 2024)*

Prevalenza

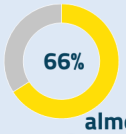
- 19,2 per 1.000 ab.
- 9,4 per 1.000 ab.
- 14,4 per 1.000 ab.

Distribuzione %

Patologie compresenti più frequenti

- 53% Ipertensione arteriosa
- 30% Dislipidemie
- 26% Cardiopatia aritmica

Comorbidità



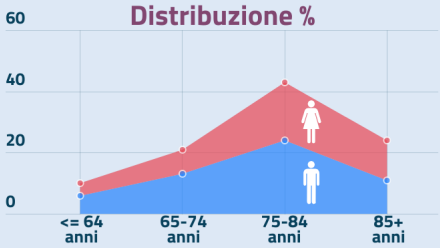
almeno 3 patologie croniche compresenti

MALATTIA DI PARKINSON *(Veneto, dati Anno 2024)*

Prevalenza

- 3,3 per 1.000 ab.
- 4,3 per 1.000 ab.
- 3,8 per 1.000 ab.

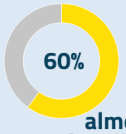
Distribuzione %



Patologie compresenti più frequenti

- 44% Ipertensione arteriosa
- 37% Dislipidemie
- 20% Diabete

Comorbidità



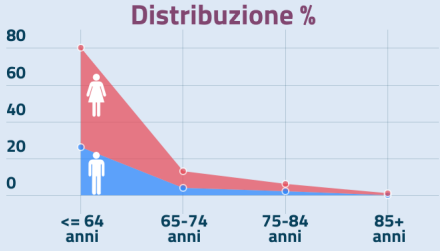
almeno 3 patologie croniche compresenti

SCLEROSI MULTIPLA *(Veneto, dati Anno 2024)*

Prevalenza

- 291,3 per 100.000 ab.
- 144,2 per 100.000 ab.
- 219,0 per 100.000 ab.

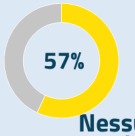
Distribuzione %



Patologie compresenti più frequenti

- 14% Dislipidemie
- 11% Ipertensione arteriosa
- 8% Ipotiroidismo

Comorbidità



Nessuna patologia cronica compresente

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

9.1 Demenze

Tra le diverse forme di demenza di tipo cronico-degenerativo, la cui storia naturale è caratterizzata dalla progressiva perdita delle funzioni cognitive (memoria, linguaggio, attenzione, capacità di giudizio) e dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, fino alla comparsa della disabilità, si distinguono le forme primarie (di tipo degenerativo) tra cui la Malattia di Alzheimer (la più frequente), la demenza frontotemporale e quella a corpi di Lewy, e forme secondarie, come la demenza vascolare. In questo report verranno riportati i dati relativi alle diverse forme di demenza senza distinzione per eziologia.

Nel 2024, nella Regione del Veneto, 69.917 persone risultano affette da demenza; il genere femminile è risultato maggiormente interessato (67,9%). La malattia coinvolge prevalentemente i soggetti di età superiore ai 65 anni (98%) (Tabella 9.1.1).

Complessivamente nel Veneto la prevalenza della demenza, stimata sulla base dei flussi informativi sanitari correnti si attesta ad oltre 14 soggetti ogni 1.000 assistiti. Nel sesso femminile risulta oltre il doppio rispetto a quello maschile (19 soggetti vs 9 ogni 1.000 abitanti). I tassi di prevalenza aumentano significativamente con l'età: ogni 1.000 abitanti risultano affetti da demenza 12 soggetti nella fascia di età compresa tra i 70 e i 74 anni, 31 soggetti tra i 75 e i 79 anni, 72 soggetti tra gli 80 e i 84 anni, 139 soggetti tra gli 85 e gli 89 anni, sino ad arrivare a 255 soggetti nelle persone di età superiore ai 90 anni (Figura 9.1.1).

Le Aziende ULSS 3-Serenissima, 5-Polesana e 6-Euganea, presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale (Figura 9.1.2). L'Azienda ULSS 1-Dolomiti mostra una prevalenza inferiore rispetto alla media regionale.

Già in giovane età (prima dei 50 anni), il 40% dei soggetti con demenza presenta tre o più patologie croniche concomitanti, compresa la demenza. Tale percentuale raggiunge quasi il 50% tra gli assistiti con più di 50 anni, per poi aumentare progressivamente con l'età (Figura 9.1.3). Le patologie maggiormente rappresentate sono: l'ipertensione arteriosa (53,0%), le dislipidemie (29,6%), la cardiopatia aritmica (26,3%), il diabete (21,3%) e la vasculopatia cerebrale (19,8%).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza delle demenze nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket, cure domiciliari, assistenza residenziale extra-ospedaliera (case di riposo), assistenza psichiatrica territoriale e assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 9.1.1 Assistiti con Demenze per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-49	89	0,4	75	0,2	164	0,2
50-59	268	1,2	238	0,5	506	0,7
60-64	385	1,7	371	0,8	756	1,1
65-69	703	3,1	674	1,4	1.377	2,0
70-74	1.527	6,8	1.730	3,6	3.257	4,7
75-79	3.333	14,8	4.310	9,1	7.643	10,9
80-84	5.417	24,1	8.824	18,6	14.241	20,4
85-89	6.058	27,0	13.496	28,4	19.554	28,0
90+	4.672	20,8	17.747	37,4	22.419	32,1
Totale	22.452	100,0	47.465	100,0	69.917	100,0

Figura 9.1.1 Assistiti con Demenze. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2024

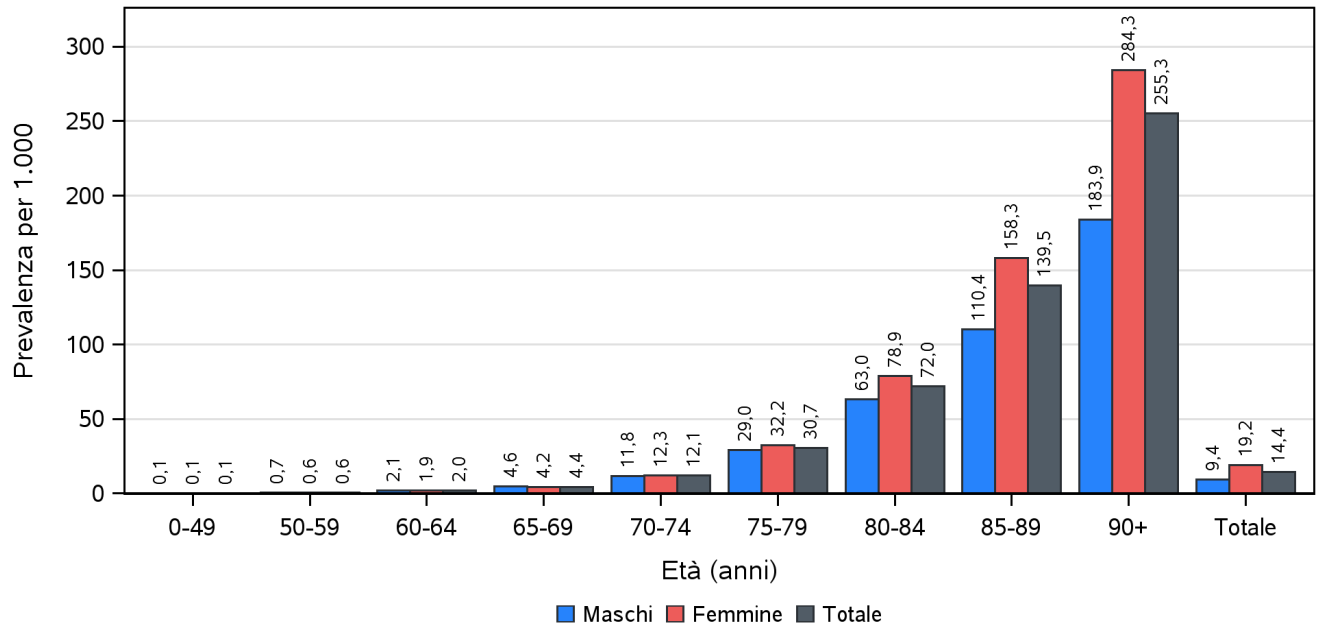


Figura 9.1.2 Assistiti con Demenze. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (Popolazione standard: Veneto 2024)

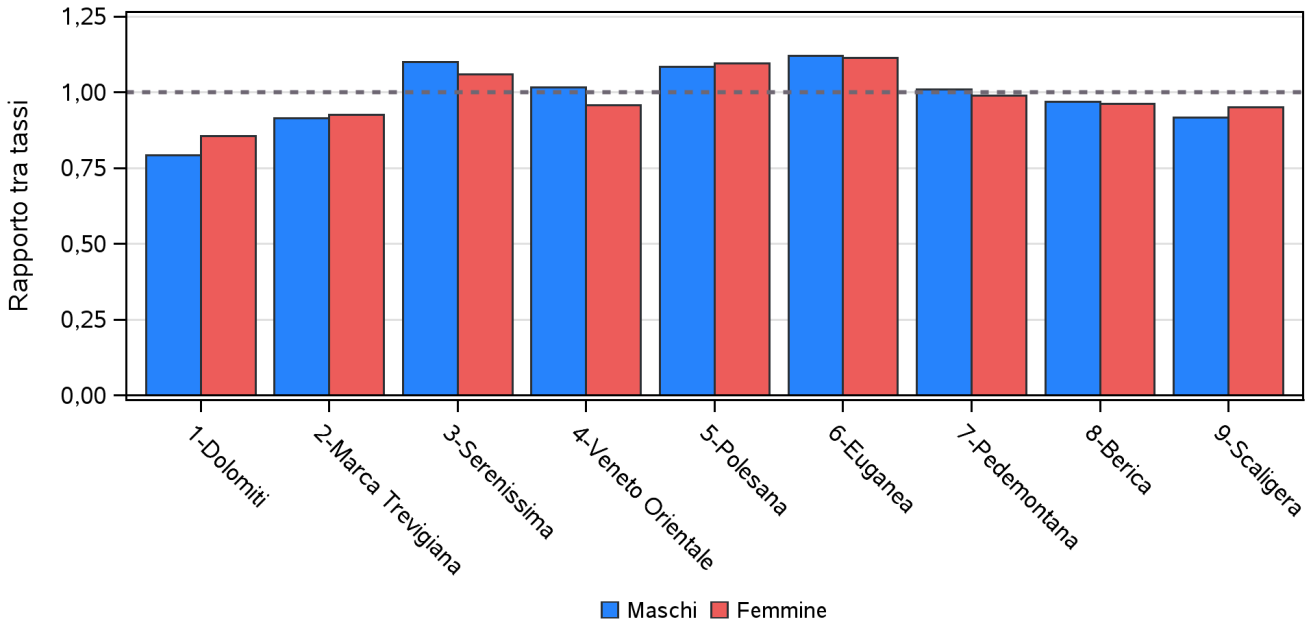


Figura 9.1.3 Assistiti con Demenze per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2024

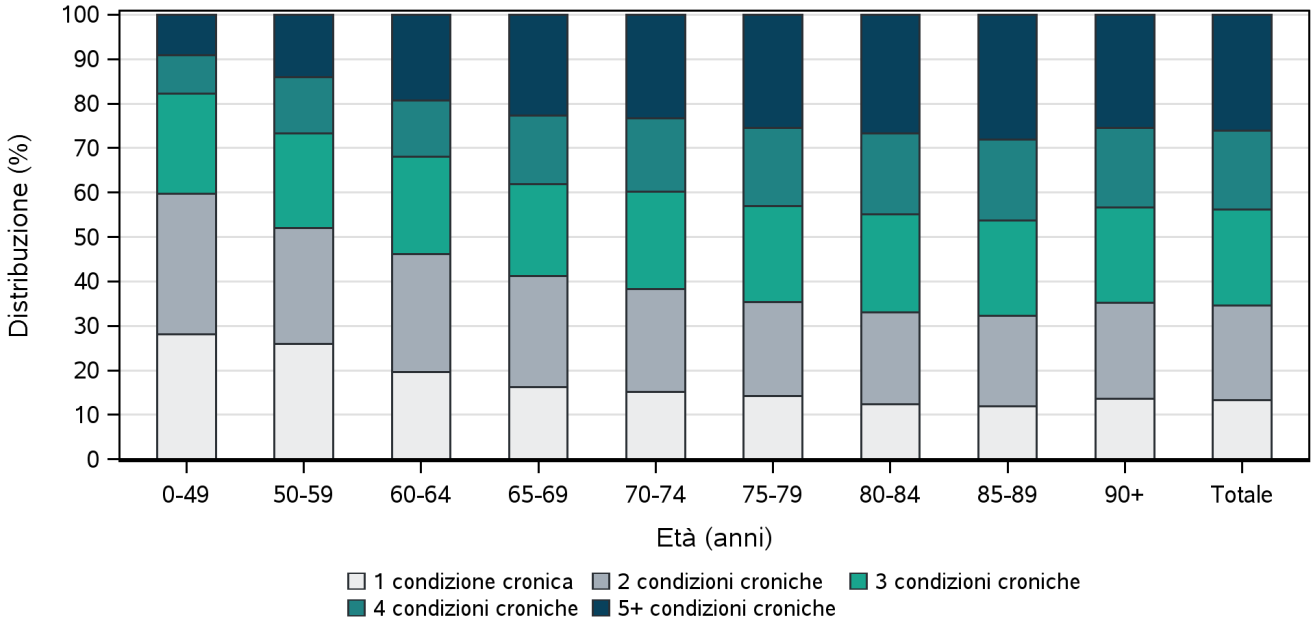
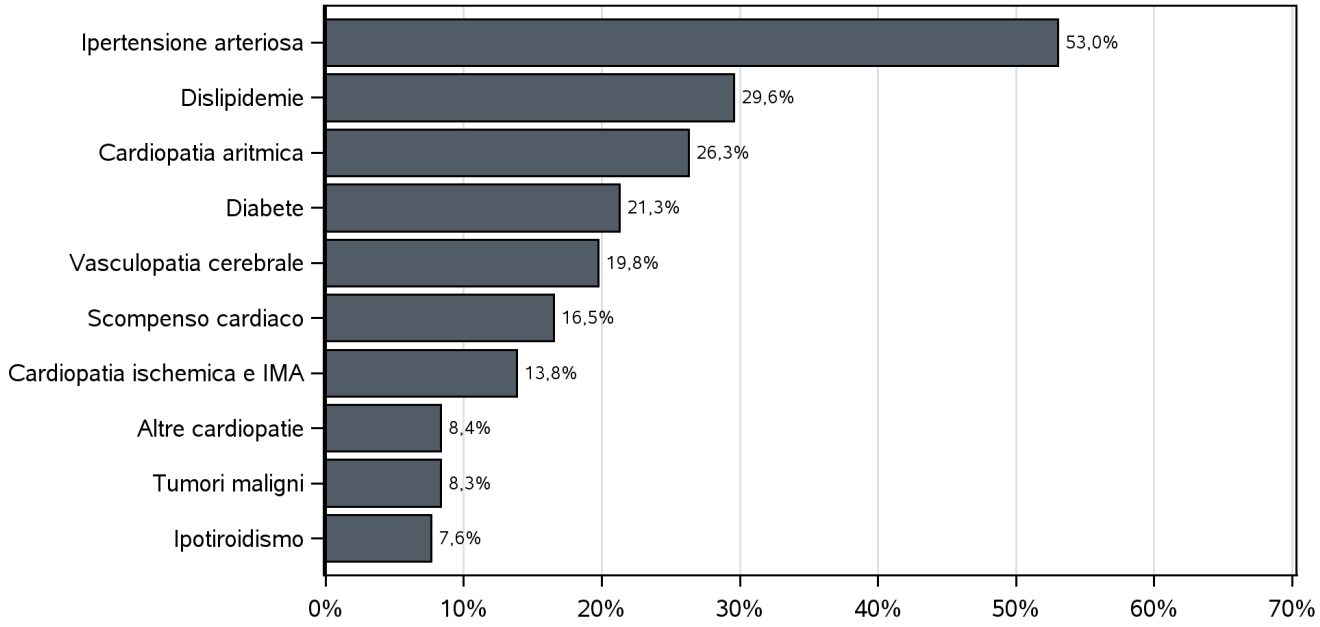


Figura 9.1.4 Assistiti con Demenze. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

9.2 Malattia di Parkinson

La Malattia di Parkinson è una patologia neurodegenerativa cronica che colpisce le cellule della substantia nigra deputate alla produzione di dopamina, neurotrasmettitore coinvolto nei circuiti che controllano i movimenti. La malattia si manifesta con alterazioni delle funzioni motorie, vegetative, cognitive e comportamentali. I sintomi che la caratterizzano sono infatti sia di tipo motorio (tremore a riposo, rigidità muscolare, bradicinesia), che non-motorio (stipsi, disturbi urinari, dell'olfatto, del sonno, dell'umore, disturbi cognitivi, astenia e dolore). Questi ultimi possono anticipare la comparsa dei sintomi motori anche di qualche anno. Nel 2024, nella Regione del Veneto, i soggetti con Malattia di Parkinson sono risultati 18.418, la maggior parte di età superiore ai 65 anni (89,5%), con un prevalente interessamento del genere maschile (55,1%) (Tabella 9.2.1). Complessivamente, la prevalenza si attesta a 3,8 per 1.000 (4,3 per 1.000 nei maschi e 3,3 per 1.000 nelle femmine). I tassi di prevalenza tendono ad aumentare progressivamente con l'età e sono nettamente superiori nei maschi in tutte le fasce d'età. Tra i 70 ed i 74 anni, ogni 1.000 abitanti, risultano affetti da Malattia di Parkinson 9,1 soggetti, mentre tra i 75 e i 79 anni 15,5 soggetti. Nella fascia di età tra gli 80 e gli 84 anni, 20,9 soggetti ogni 1.000 abitanti presentano tale patologia. La prevalenza più elevata è apprezzabile negli uomini nella fascia d'età 85 - 89 anni (28,4 casi ogni 1.000 abitanti) (Figura 9.2.1). Le Aziende ULSS 6-Euganea, 7-Pedemontana e 9-Scaligera presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale in entrambi i sessi (Figura 9.2.2). Negli assistiti di età compresa tra i 50 e 59 anni, quasi il 50% presenta almeno un'altra condizione cronica oltre alla Malattia di Parkinson. Tale percentuale supera il 70% nella fascia di età compresa tra i 65 e i 69 anni e raggiunge il 90% negli ultra-ottantacinquenni (Figura 9.2.3). Le comorbidità maggiormente presenti sono: l'ipertensione arteriosa (43,7%), le dislipidemie (36,6%), il diabete (19,6%), le demenze (18,3%), e le patologie cardiovascolari, tra cui la cardiopatia aritmica (18,0%) e la vasculopatia cerebrale (12,2%) (Figura 9.2.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza della Malattia di Parkinson nella popolazione residente si sono stati utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e assistenza farmaceutica (territoriale e in distribuzione diretta). La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).
Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 9.2.1 Assistiti con Malattia di Parkinson per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-49	94	0,9	55	0,7	149	0,8
50-59	514	5,1	309	3,7	823	4,5
60-64	583	5,7	377	4,6	960	5,2
65-69	939	9,2	560	6,8	1.499	8,1
70-74	1.505	14,8	943	11,4	2.448	13,3
75-79	2.294	22,6	1.575	19,1	3.869	21,0
80-84	2.140	21,1	2.000	24,2	4.140	22,5
85-89	1.558	15,3	1.610	19,5	3.168	17,2
90+	529	5,2	833	10,1	1.362	7,4
Totale	10.156	100,0	8.262	100,0	18.418	100,0

Figura 9.2.1 Assistiti con Malattia di Parkinson. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2024

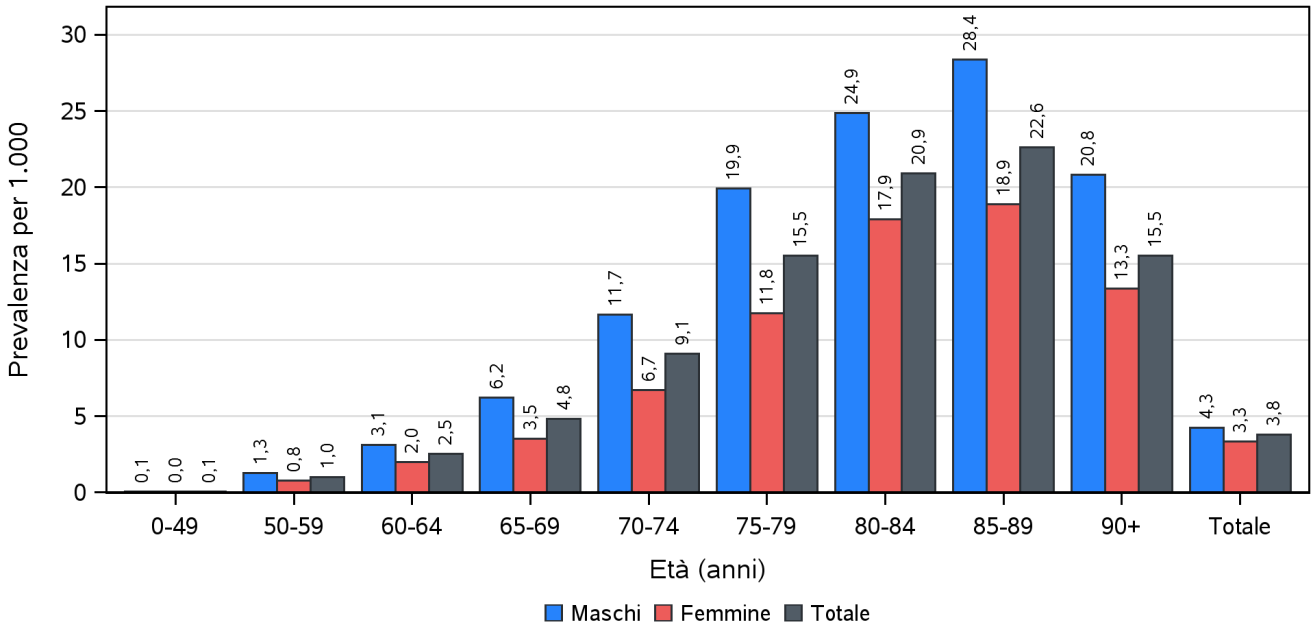


Figura 9.2.2 Assistiti con Malattia di Parkinson. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (Popolazione standard: Veneto 2024)

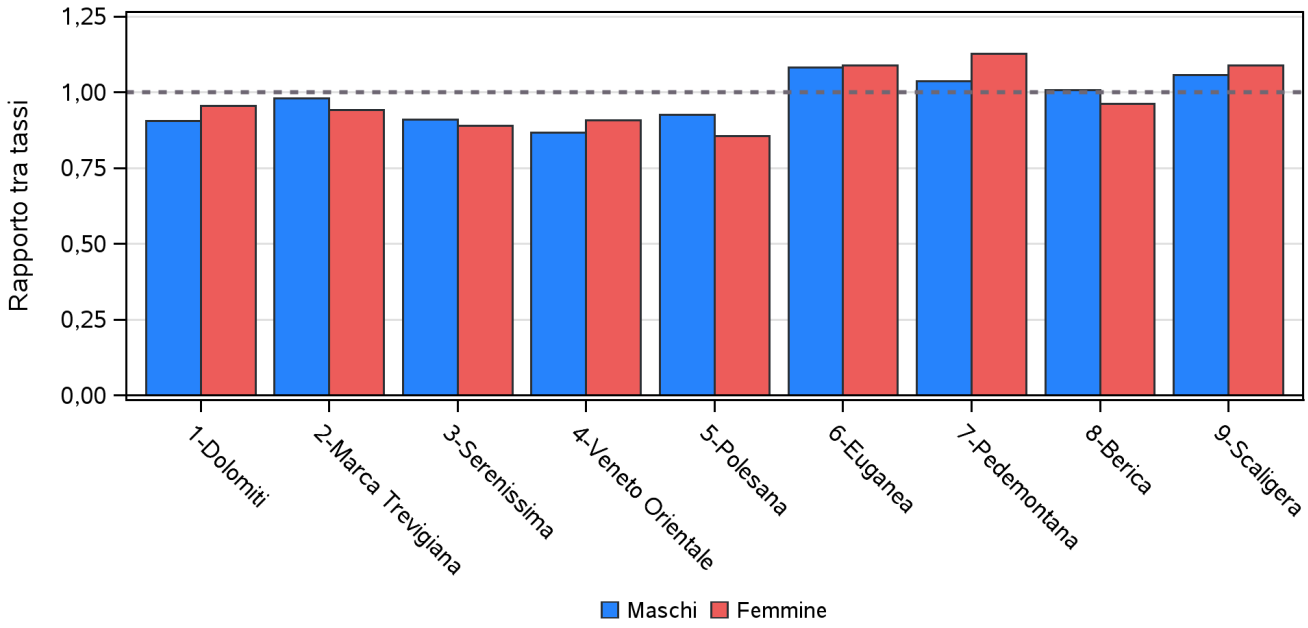


Figura 9.2.3 Assistiti con Malattia di Parkinson per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2024

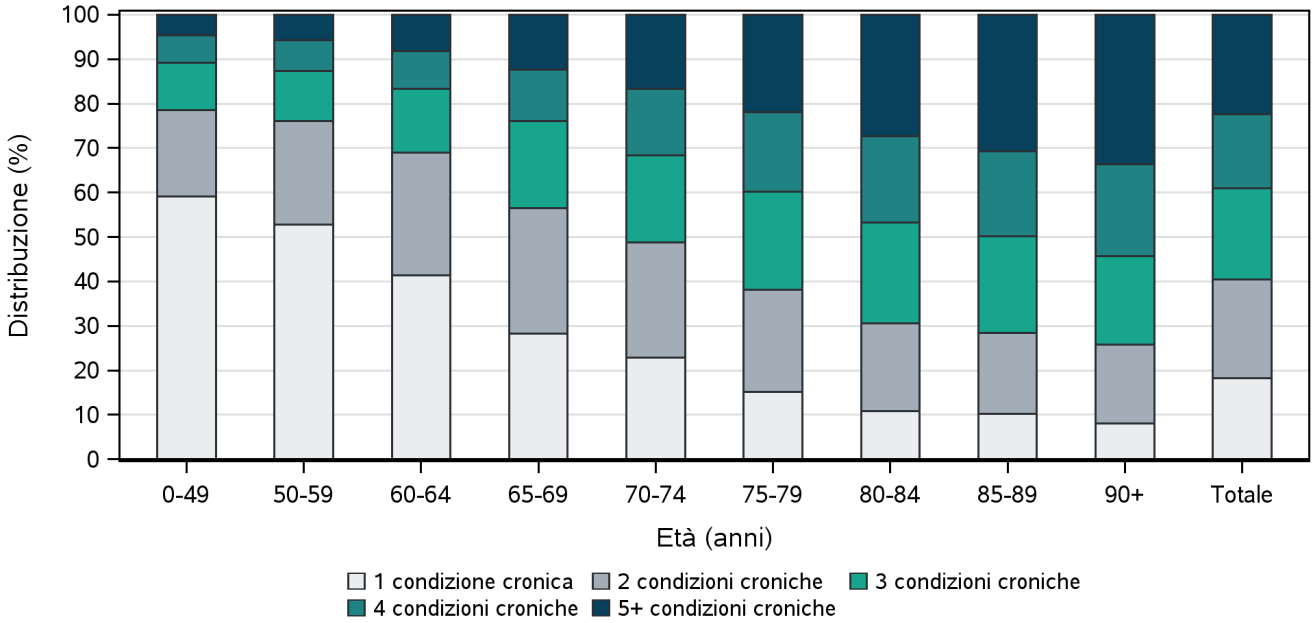
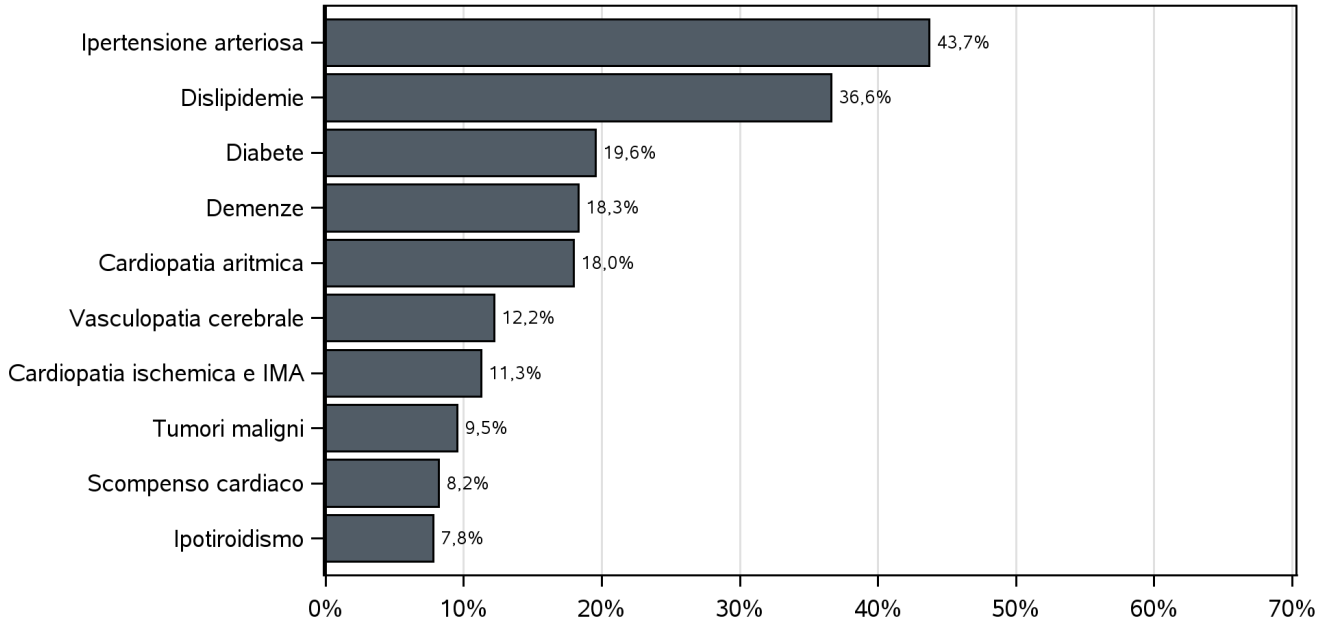


Figura 9.2.4 Assistiti con Malattia di Parkinson. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

9.3 Sclerosi multipla

La Sclerosi Multipla (SM) è una patologia infiammatoria cronica neurodegenerativa che interessa il sistema nervoso centrale. E' caratterizzata dalla perdita di mielina (demielinizzazione) che riveste le fibre nervose della sostanza bianca in diverse aree, da cui deriva il nome "multipla". Questo processo può portare alla formazione di lesioni (placche) che possono passare da una fase iniziale infiammatoria a una fase cronica. La forma più comune presenta periodi di malattia alternati a periodi di remissione. Nelle prime fasi della malattia, i segni possono regredire quasi completamente; tuttavia con il passare del tempo si sviluppa una disabilità progressiva. Nel 2024, nella Regione del Veneto, 10.648 persone sono risultate affette da SM. Il genere femminile è maggiormente colpito, rappresentando il 67,6% dei casi. La fascia di età compresa tra 35 e 64 anni risulta maggiormente interessata (67,7% dei casi) (Tabella 9.3.1). La prevalenza complessiva della SM in Veneto si attesta su 219 casi ogni 100.000 (144 ogni 100.000 nei maschi e 291 ogni 100.000 nelle femmine). Nelle fasce di età 35-44 e 45-54 anni, i tassi grezzi di prevalenza per il sesso maschile rimangono stabili, sopra i 200 casi ogni 100.000 abitanti, mentre per il sesso femminile, questi tassi aumentano da 448 a 512 ogni 100.000 abitanti. In entrambi i sessi, i tassi grezzi tornano a diminuire nella fascia di età 65-74 anni con 157 casi ogni 100.000 nel genere maschile e 330 ogni 100.000 nel genere femminile (Figura 9.3.1).
Le Aziende ULSS 1-Dolomiti, 3-Serenissima, 5-Polesana, 6-Euganea presentano un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale in entrambi i sessi (Figura 9.3.2). L'Azienda ULSS 8-Berica presenta un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale soltanto nella popolazione femminile, la 4-Veneto Orientale solo per la popolazione maschile. L'Azienda ULSS 9-Scaligera mostra, invece, una prevalenza inferiore rispetto alla media regionale in entrambi i sessi.
Con l'aumentare dell'età, aumenta la presenza di comorbilità. A partire dai 65 anni di età, si rileva la presenza di 3 o più patologie compresenti, compresa la Sclerosi multipla, in quasi il 40% dei casi (Figura 9.3.3). Tra le patologie più frequenti vi sono le dislipidemie (13,5%), l'ipertensione arteriosa (11,2%), l'ipotiroidismo (7,8%) e il diabete mellito (4,8%) (Figura 9.3.4).

Nota Metodologica

Per stimare la prevalenza di Sclerosi multipla nella popolazione residente si sono utilizzati i seguenti flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzione ticket e cure domiciliari. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Nel calcolo del numero di condizioni croniche compresenti viene considerata anche la malattia in analisi.

Tabella 9.3.1 Assistiti con Sclerosi multipla per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-34	479	13,9	843	11,7	1.322	12,4
35-44	613	17,8	1.204	16,7	1.817	17,1
45-54	888	25,8	1.892	26,3	2.780	26,1
55-64	828	24,0	1.780	24,7	2.608	24,5
65-74	440	12,8	992	13,8	1.432	13,4
75-84	171	5,0	395	5,5	566	5,3
85+	28	0,8	95	1,3	123	1,2
Totale	3.447	100,0	7.201	100,0	10.648	100,0

Figura 9.3.1 Assistiti con Sclerosi multipla. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 100.000). Veneto, anno 2024

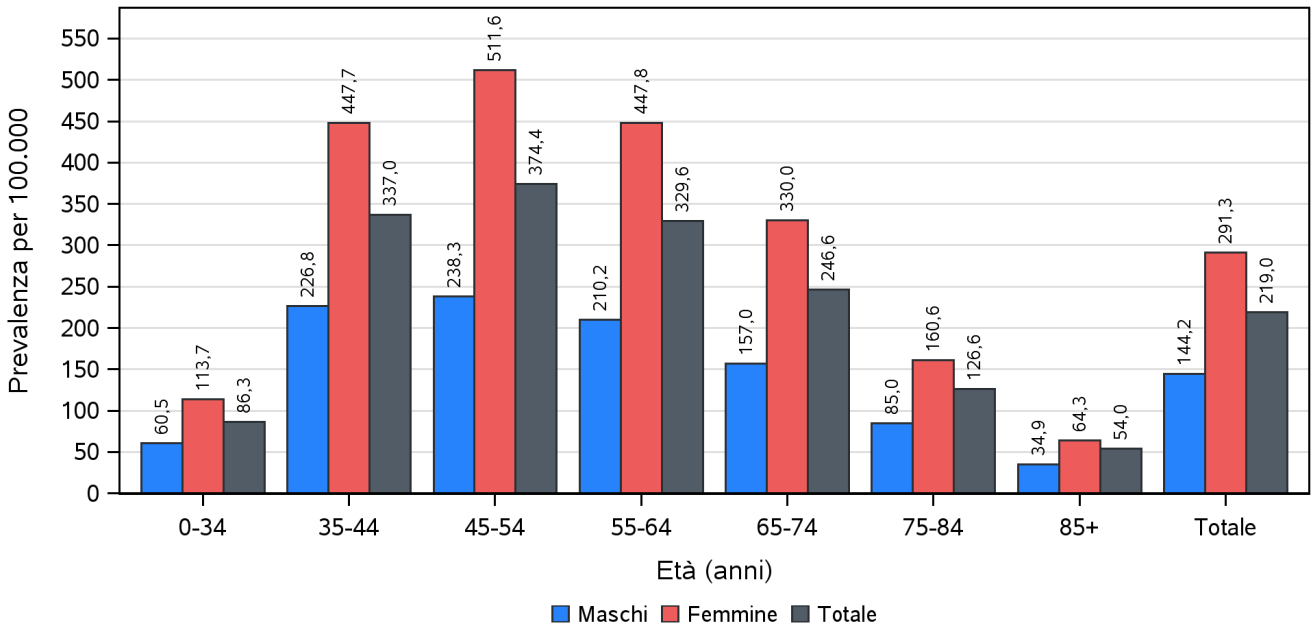


Figura 9.3.2 Assistiti con Sclerosi multipla. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (Popolazione standard: Veneto 2024)

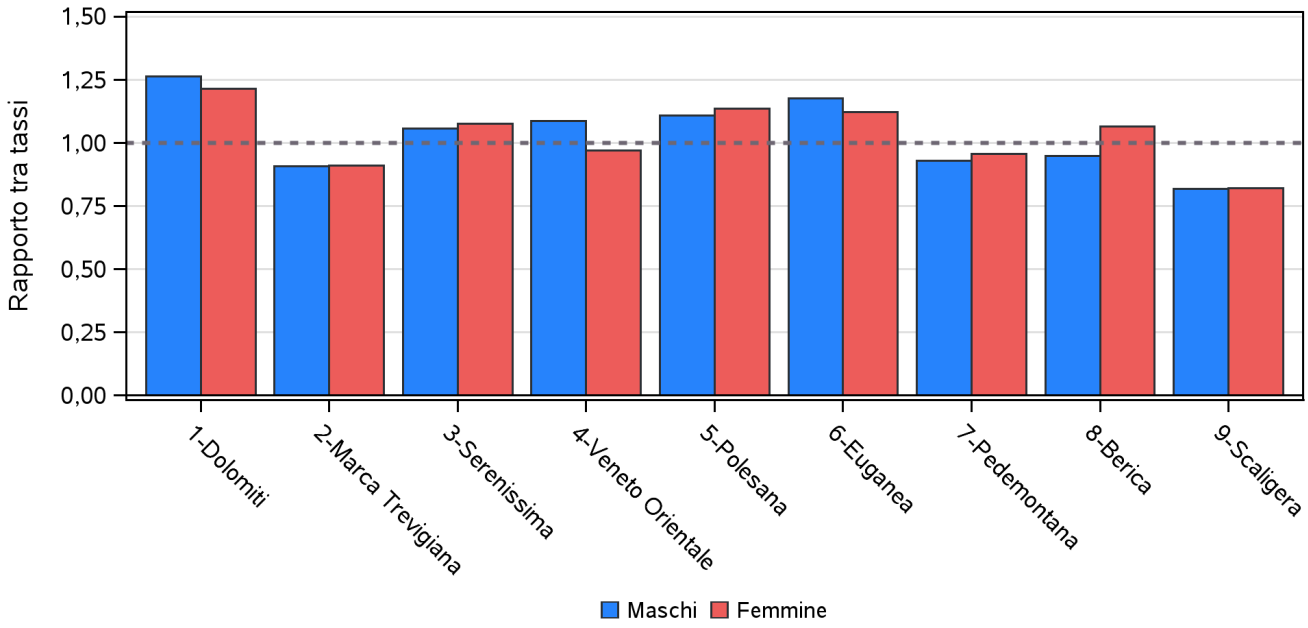


Figura 9.3.3 Assistiti con Sclerosi multipla per numero di condizioni croniche (%) e classi di età. Veneto, anno 2024

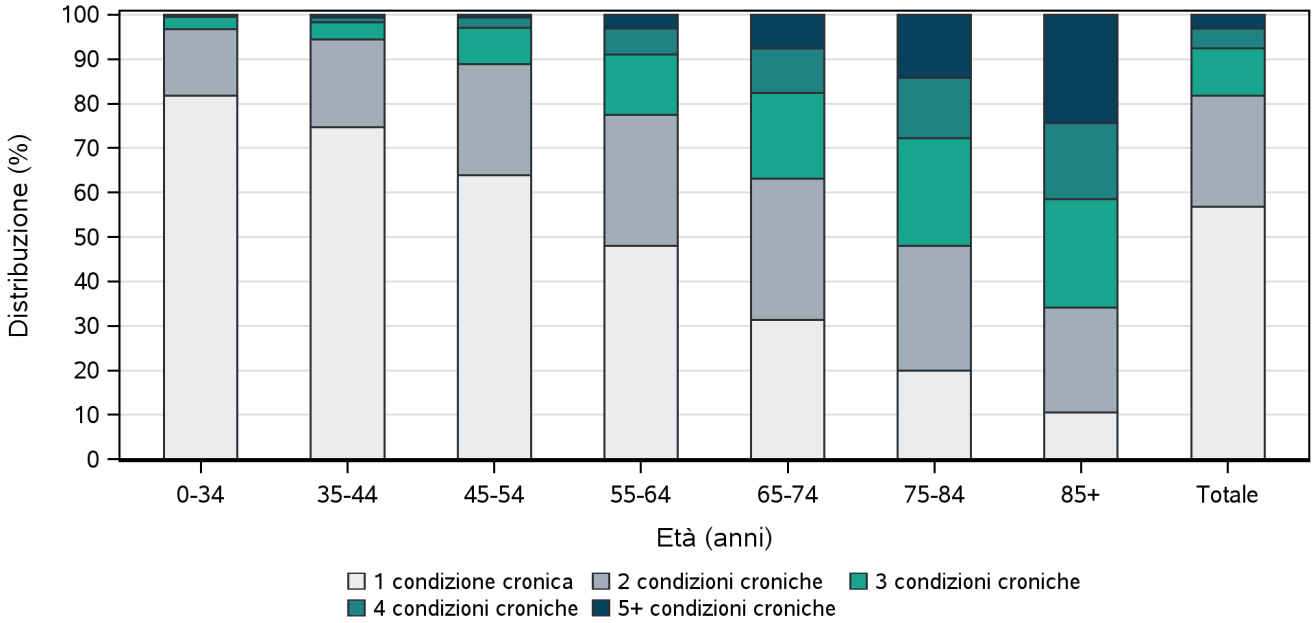
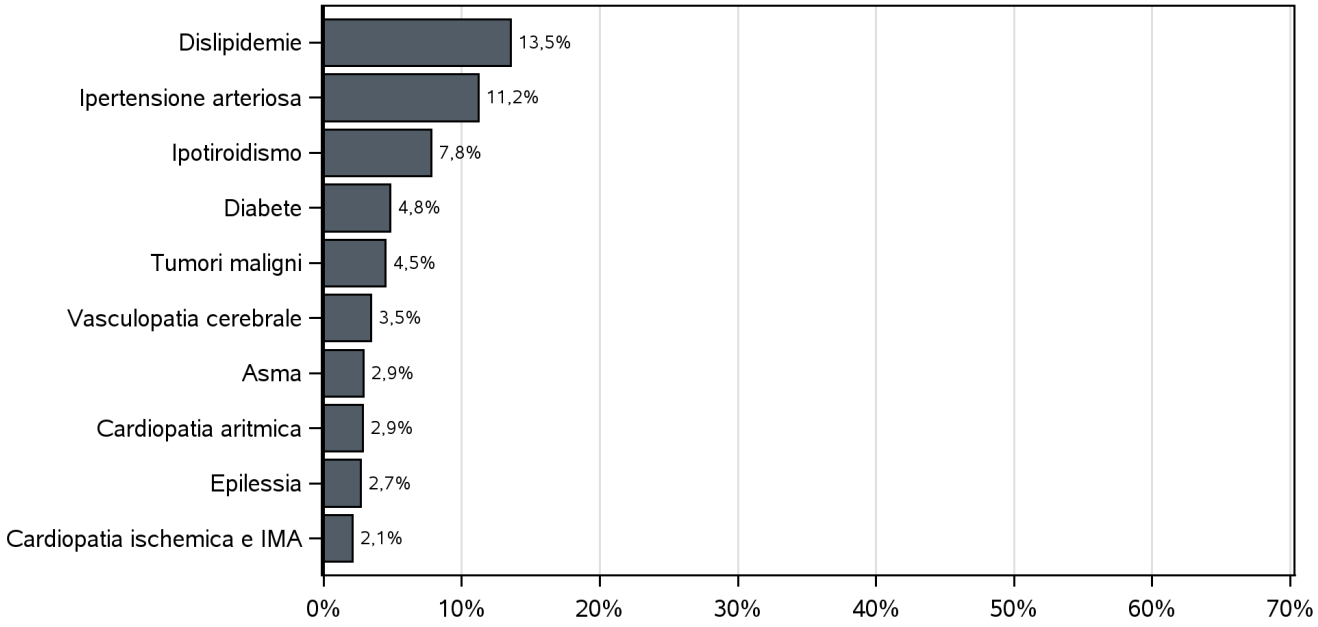


Figura 9.3.4 Assistiti con Sclerosi multipla. Prevalenza delle principali comorbidità. Popolazione totale. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

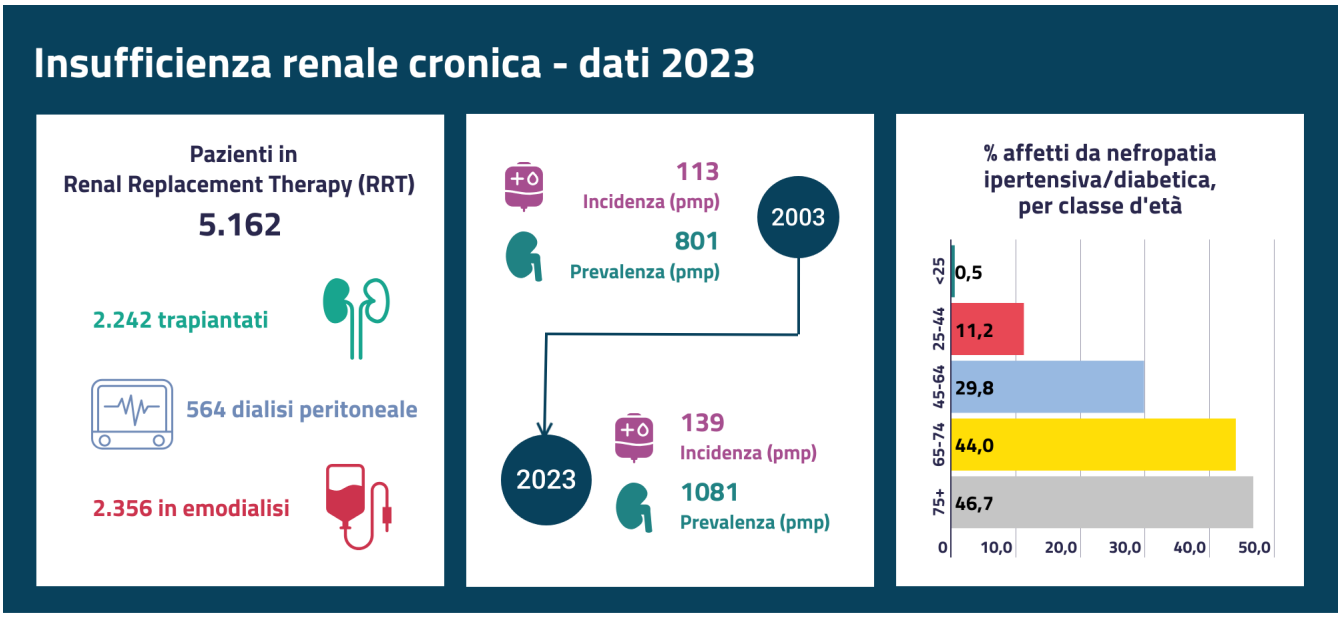
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

Popolazione e salute

10. Insufficienza renale cronica



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

In Veneto, nel corso dell'anno 2023, hanno iniziato il trattamento renale sostitutivo (RRT) a seguito di una diagnosi di insufficienza renale cronica in stadio terminale (ESRD - End Stage Renal Disease) 673 pazienti, pari a circa 139 casi per milione di residenti (pmp; Fig. 10.1). In valore assoluto questo numero è costantemente aumentato nel corso degli ultimi anni, stabilizzandosi ad oltre i 600 nuovi casi annui a partire dall'anno 2015.
Il tipo di terapia dialitica iniziale più comune cui questi pazienti vengono sottoposti è l'emodialisi, che interessa 3 pazienti incidenti su 4, mentre circa 1 su 4 è trattato con dialisi peritoneale. Le nefropatie che più di frequente portano a ESRD sono diverse in base all'età alla diagnosi: oltre il 45% delle nuove diagnosi nei pazienti anziani sono legate a due delle malattie croniche più diffuse, ovvero diabete ed ipertensione. Nei pazienti più giovani, invece, le malattie renali più frequenti sono quelle di origine familiare/ereditaria e le glomerulonefriti primitive, che rappresentano circa il 45% delle diagnosi nei pazienti con età inferiore a 45 anni (Fig. 10.2).
I pazienti in RRT a fine anno 2023 sono 5.162. La prevalenza, calcolata come rapporto tra il numero di pazienti in RRT viventi al 31 dicembre di ogni anno e la popolazione residente di quell'anno (ottenuta da ISTAT), risulta stabile nell'ultimo periodo e di poco superiore ai 1.000 pmp. I tipi di terapia sostitutiva più diffusi tra i pazienti prevalenti a fine 2023 sono l'emodialisi (46%) e il trapianto renale (43%), mentre la dialisi peritoneale riguarda solo il restante 11%. A titolo di confronto, si sottolinea che nel 2001 il 66% dei pazienti prevalenti era in dialisi e solo il 34% era trapiantato.
La mortalità tra i pazienti con ESRD in trattamento renale sostitutivo è aumentata notevolmente nel 2020 e nel 2022, anni in cui per la prima volta si sono superati i 130 morti pmp. Nel corso degli ultimi anni, il numero di pazienti deceduti si è avvicinato molto al numero di nuovi casi, che sono aumentati a loro volta del 18-20% durante l'ultimo decennio. L'aumento generale del tasso di mortalità, che si rileva ormai dal 2015, potrebbe indicare che arrivano al trattamento sostitutivo pazienti con insufficienza renale cronica mediamente più gravi, quindi con maggiore probabilità di decesso. Un'altra possibile spiegazione è che si stia osservando la mortalità dei pazienti adulti trapiantati 25-30 anni fa, anni in cui il trapianto di rene è aumentato notevolmente in Veneto, raggiungendo gli standard europei, sopravvissuti rispetto ai dializzati, ma giunti comunque alla fine del corso di vita, andando così ad aumentare il numero di decessi fra i pazienti in RRT. A sostegno di quest'ultima ipotesi, peraltro, vi è il calo della prevalenza dei trapiantati, malgrado il numero di trapianti di rene in Veneto sia stabile, se non in aumento. In tutto ciò, non possiamo dimenticare gli effetti della pandemia da Sars-Cov2: il Covid-19 ha colpito duramente soprattutto le classi più anziane e con malattie croniche già debilitanti, creando un effetto "selezione" e peggiorando la prognosi di molti pazienti con insufficienza renale cronica.
Considerato tutto ciò, il quadro generale relativo all'ESRD rimane molto impegnativo per il Sistema Sanitario Regionale, tenendo conto che il numero di pazienti prevalenti è cresciuto di circa il 7% nell'ultimo decennio, passando da 4.804 nel 2013 a 5.162 nel 2023 (Fig. 10.3), nonostante l'avvento della pandemia di Covid-19. Il Sistema Sanitario Regionale, inoltre, deve continuare a rispondere a questo crescente carico di malattia, pur mantenendo praticamente

invariato il numero dei centri nefrologici. Il reindirizzamento dei pazienti verso trattamenti domiciliari (dialisi peritoneale e trapianto), a minor impatto sulle strutture ospedaliere, consente al sistema di tenere, con minimi cambiamenti strutturali, migliorando contemporaneamente la qualità di vita dei pazienti.

Nota Metodologica

Il Registro Veneto Dialisi e Trapianto (RVDT) raccoglie dal 1998 i dati anagrafici e clinici dei pazienti affetti da malattia renale cronica che necessitano di trattamento sostitutivo (RRT: dialisi e/o trapianto renale) e residenti in Veneto. I dati inseriti dai Centri di Nefrologia e Dialisi sono messi tempestivamente a disposizione, tramite un applicativo web, al RVDT, che ne effettua i controlli di qualità e completezza. Il Registro, una volta anonimizzato, viene linkato con gli altri database regionali e utilizzato per il monitoraggio di incidenza, prevalenza, mortalità e sopravvivenza dei pazienti in esso presenti.

Figura 10.1 Tassi di incidenza e di mortalità (pmp) per l'ESRD. Veneto, anni 2001-2023. (Fonte: RVDT)

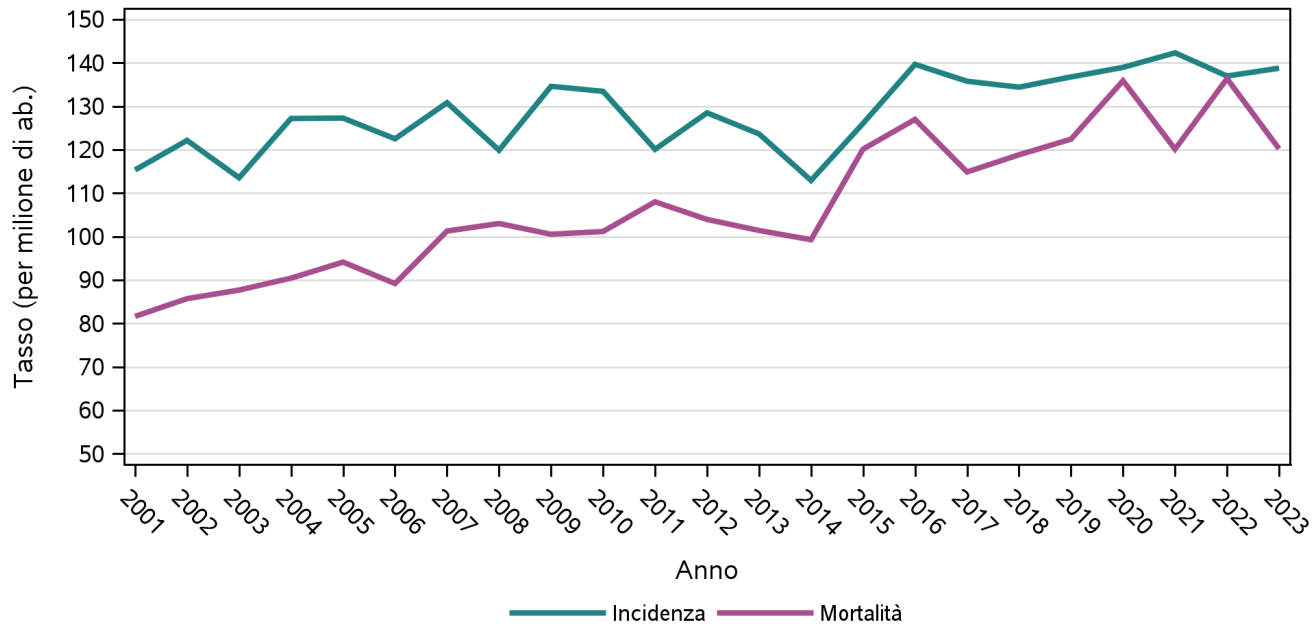


Figura 10.2 Distribuzione percentuale dei pazienti con ESRD, per tipologia di nefropatia e classe d'età a inizio RRT. Veneto, anni 2001-2023. (Fonte: RVDT)

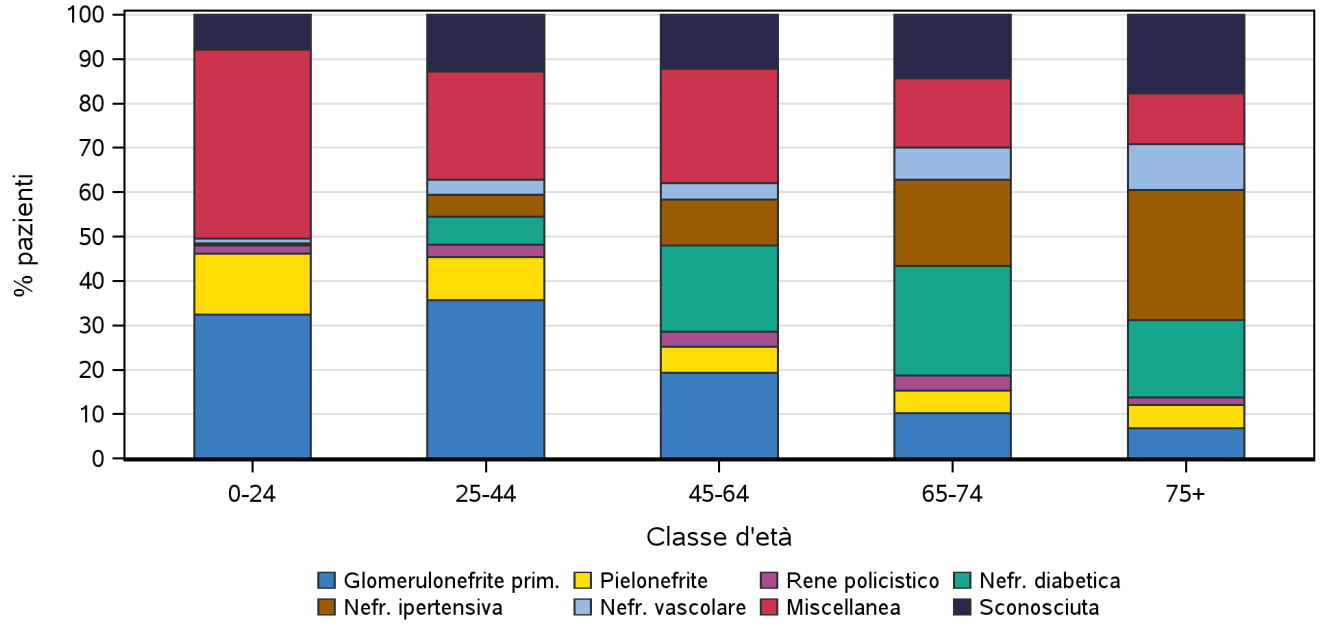
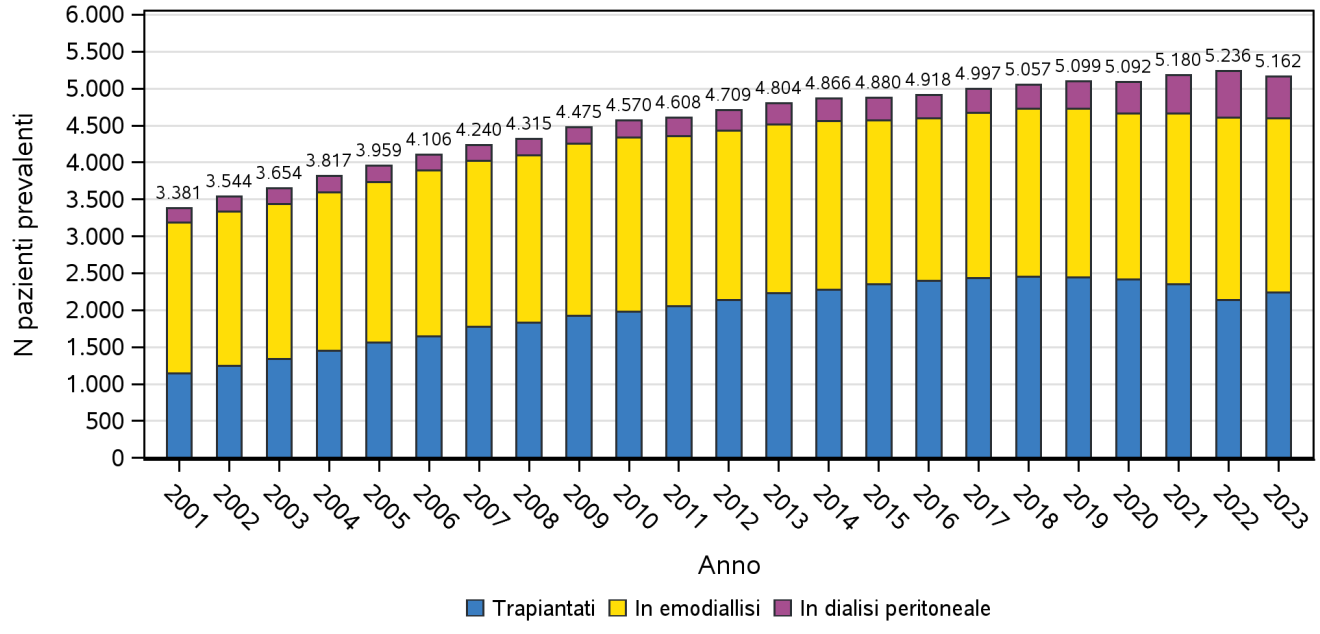


Figura 10.3 Numero di pazienti prevalenti con ESRD, per tipologia di trattamento sostitutivo. Veneto, anni 2001-2023. (Fonte: RVDT)



Approfondimenti

Sito internet del Servizio Epidemiologico Regionale, sezione Malattia Renale Cronica

https://www.ser-veneto.it/it/aree-tematiche/malattia-renale-cronica/malattia-renale-cronica

Per maggiori informazioni

Registro Veneto di Dialisi e Trapianto - UOC Servizio Epidemiologico Regionale Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

E-mail: registro.dialisi@azero.veneto.it

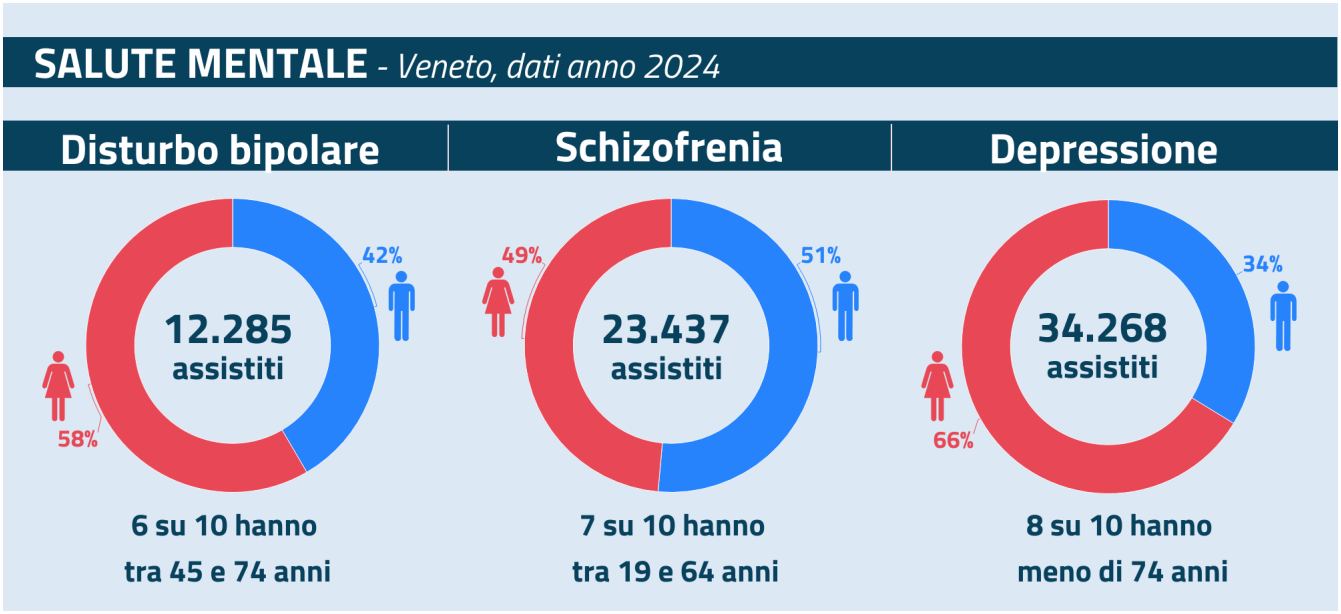
Telefono: 049 877 8252

Popolazione e salute

11. Salute mentale

CONTENUTI

- 11.1 Disturbo bipolare
- 11.2 Schizofrenia
- 11.3 Depressione



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

11.1 Disturbo bipolare

Nel 2024, i soggetti affetti da disturbo bipolare nella Regione del Veneto sono risultati 12.285. Dalla distribuzione per classe d'età, emerge come, in proporzione, il numero di assistiti con disturbo bipolare aumenti con l'età sino ai 65 anni, interessando maggiormente il sesso femminile in quasi tutte le fasce d'età (Tabella 11.1.1). Complessivamente, la prevalenza del disturbo bipolare risulta pari a 2,5 ogni 1.000 abitanti, maggiore nel sesso femminile (2,9 per 1.000 abitanti) rispetto al sesso maschile (2,1 per 1.000 abitanti). La prevalenza per classe d'età mostra un picco tra i 55 e i 74 anni maggiore tra le donne (valori compresi tra 4,6-4,9 casi per 1.000 abitanti), rispetto agli uomini (valori compresi tra 3,4-3,3 per 1.000 abitanti). Dopo i 75 anni si apprezza una progressiva riduzione della prevalenza in entrambi i sessi (Figura 11.1.1). Rispetto al dato medio regionale, la prevalenza standardizzata risulta maggiore nell'AULSS 6-Euganea e 8-Berica, e minore nelle AULSS 4-Veneto Orientale, 5-Polesana e, seppure in misura minore, nella 2-Marca Trevigiana (Figura 11.1.2).

Nota Metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza psichiatrica territoriale. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

Tabella 11.1.1 Assistiti con disturbo bipolare per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	56	1,1	165	2,3	221	1,8
19-34	691	13,5	709	9,9	1.400	11,4
35-44	554	10,8	657	9,2	1.211	9,9
45-54	1.039	20,3	1.267	17,7	2.306	18,8
55-64	1.321	25,9	1.841	25,6	3.162	25,7
65-74	922	18,1	1.474	20,5	2.396	19,5
75-84	440	8,6	834	11,6	1.274	10,4
85+	84	1,6	231	3,2	315	2,6
Totale	5.107	100,0	7.178	100,0	12.285	100,0

Figura 11.1.1 Assistiti con disturbo bipolare. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2024

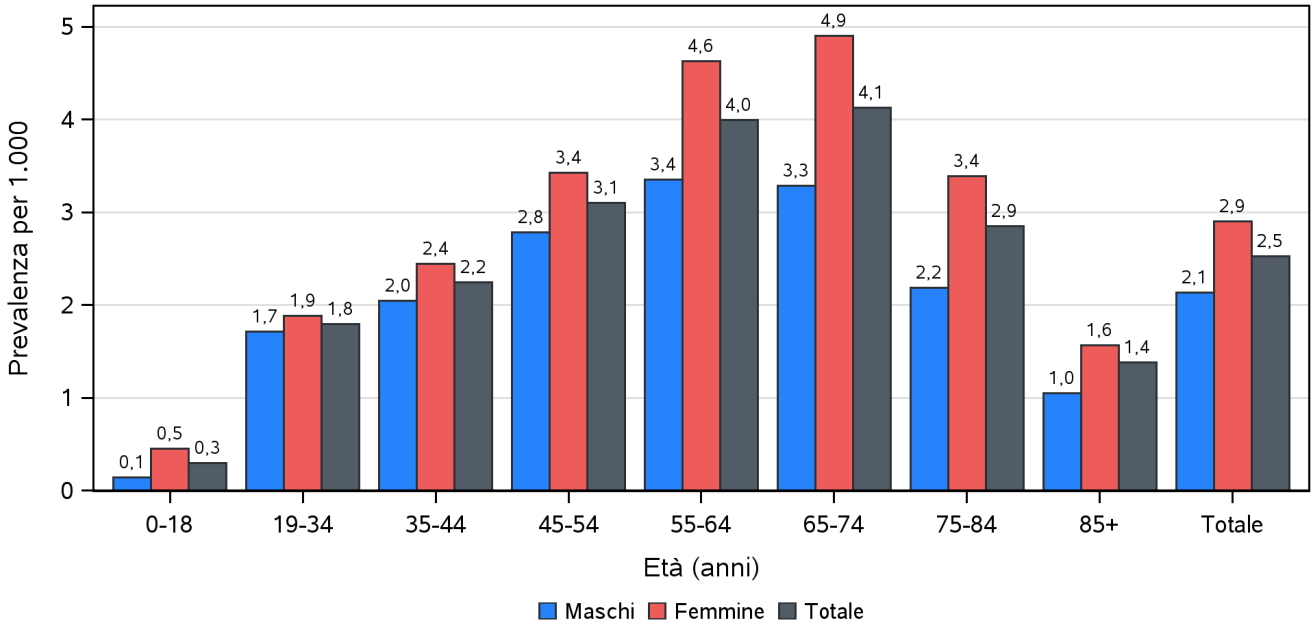
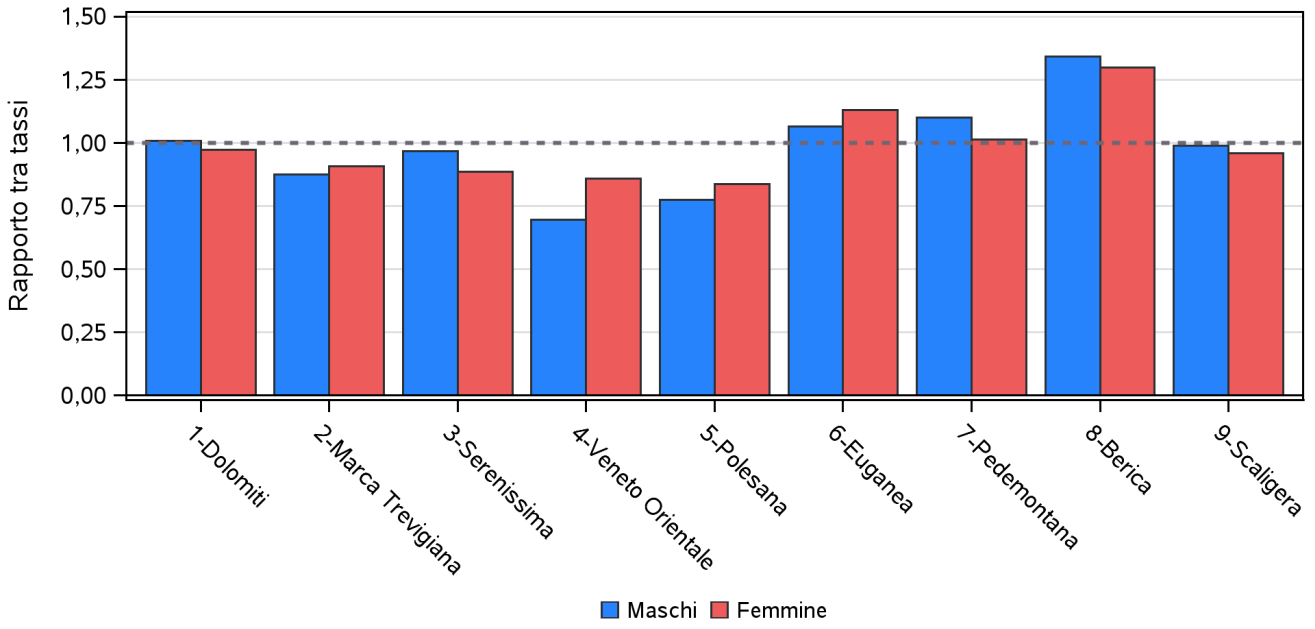


Figura 11.1.2 Assistiti con disturbo bipolare. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (popolazione standard: Veneto 2024)



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto.

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

11.2 Schizofrenia

Nel 2024, nella Regione del Veneto, 23.437 assistiti sono risultati affetti da schizofrenia (Tabella 11.2.1). Complessivamente la prevalenza risulta pari a 4,8 ogni 1.000 abitanti (Figura 11.2.1). La prevalenza complessiva tende ad aumentare tra i 19 e i 64 anni, per poi ridursi progressivamente. La distribuzione della prevalenza per classe d'età ci restituisce, tuttavia, un'importante differenza di genere, con un maggior interessamento del sesso maschile tra i 19 e i 54 anni, arrivando ad interessare 7,6 uomini ogni 1.000 abitanti, per poi diminuire progressivamente con l'avanzare dell'età. Nelle donne, invece, a partire dai 65 anni d'età, la prevalenza risulta ridursi in misura minore rispetto agli uomini, con un'inversione del rapporto di genere tra gli ultra-sessantacinquenni (Figura 11.2.1).
Rispetto al dato regionale, la prevalenza appare maggiore nelle ULSS 1-Dolomiti, 2-Marca Trevigiana, 6-Euganea e 8-Berica, mentre valori più bassi di circa il 20% si osservano nella 9-Scaligera, e in misura minore nella 3-Serenissima (Figura 11.2.2).

Nota Metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza psichiatrica territoriale. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

Tabella 11.2.1 Assistiti con schizofrenia per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	98	0,8	142	1,2	240	1,0
19-34	1.924	16,0	954	8,4	2.878	12,3
35-44	1.712	14,2	1.119	9,8	2.831	12,1
45-54	2.845	23,6	2.233	19,6	5.078	21,7
55-64	3.000	24,9	2.994	26,3	5.994	25,6
65-74	1.573	13,1	2.138	18,8	3.711	15,8
75-84	692	5,7	1.317	11,6	2.009	8,6
85+	209	1,7	487	4,3	696	3,0
Totale	12.053	100,0	11.384	100,0	23.437	100,0

Figura 11.2.1 Assistiti con schizofrenia. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2024

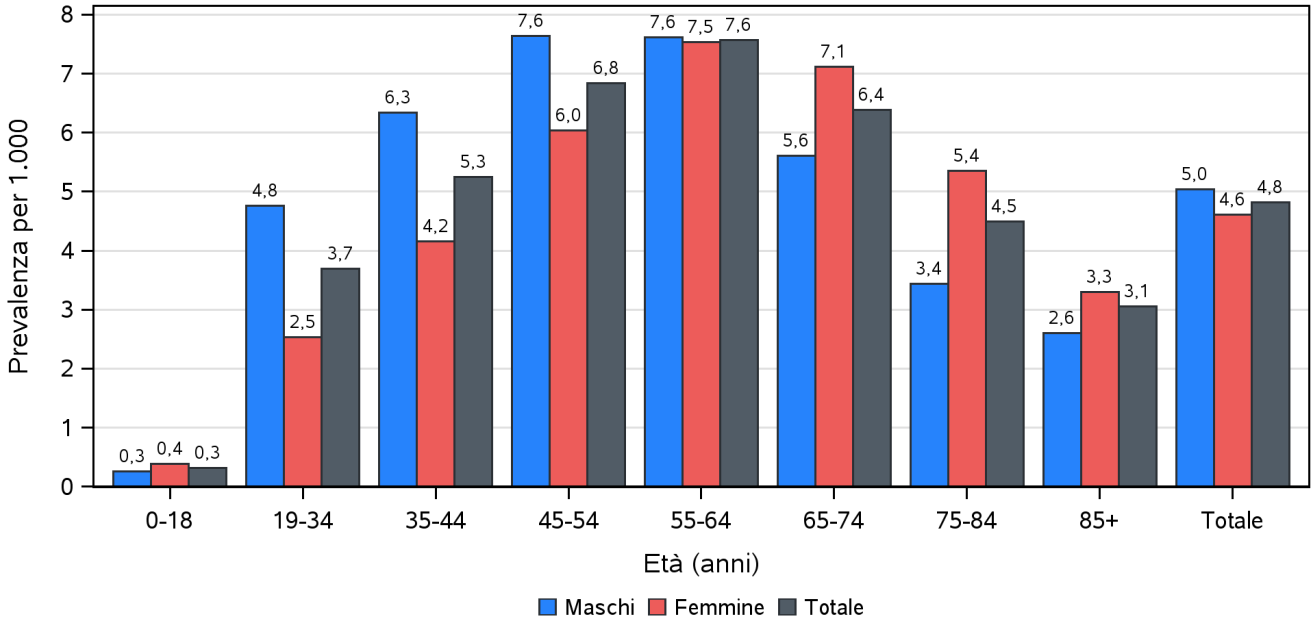
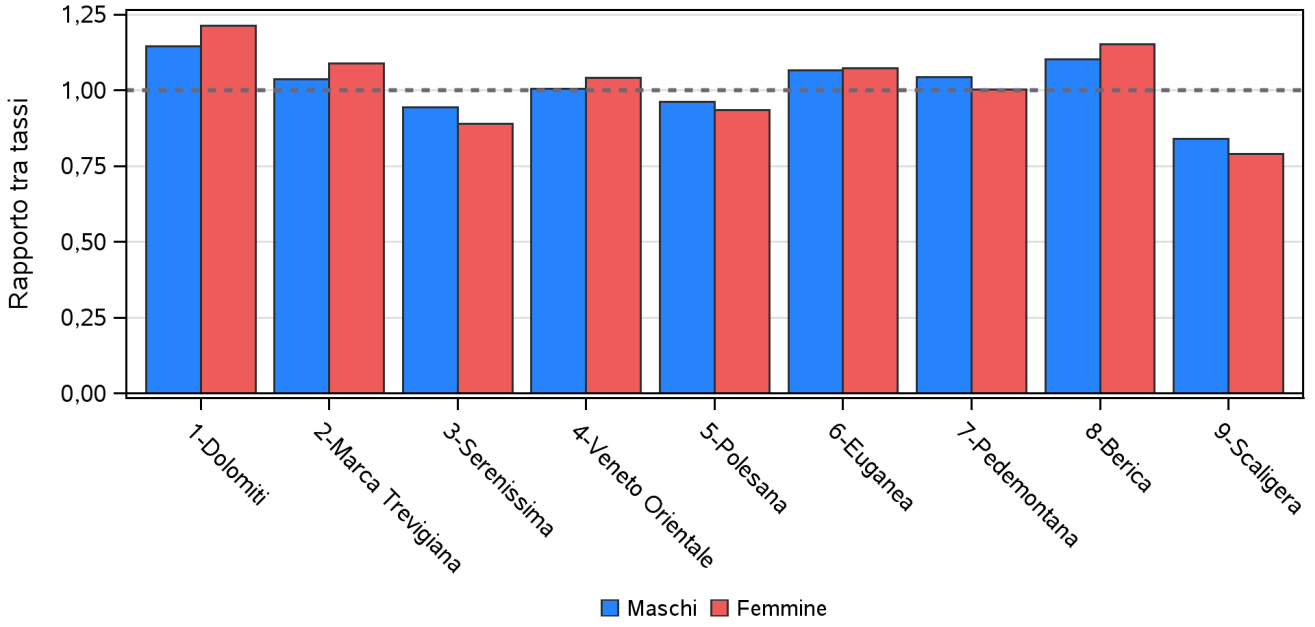


Figura 11.2.2 Assistiti con Schizofrenia. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (popolazione standard: Veneto, 2024).



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto.

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

11.3 Depressione

Fra le patologie psichiatriche, la depressione è senz'altro la più diffusa, interessando 34.268 assistiti nella Regione del Veneto, nel 2024 (Tabella 11.3.1). Il numero di assistiti affetti da depressione risulta nettamente superiore tra le donne in tutte le classi di età. Questo maggior interessamento del sesso femminile è confermato anche dal dato di prevalenza, che risulta maggiore rispetto ai maschi in tutte le classi d'età. I tassi di prevalenza risultano crescere progressivamente nel sesso femminile fino alla fascia d'età 65-74 anni (14,7 donne per 1.000), si stabilizzano tra le donne di 75-84 anni, per poi decrescere tra le ultra-ottantacinquenni (10,5 donne per 1.000). Per quanto riguarda il genere maschile, si nota un lieve progressivo incremento della prevalenza fino all'età 65-74 anni (7,4 uomini per 1.000), per poi osservare una graduale riduzione nei soggetti più anziani (Figura 11.3.1). Nelle Aziende ULSS 1-Dolomiti e 4-Veneto Orientale si osserva una prevalenza superiore del 20% rispetto alla media regionale. Il tasso di prevalenza standardizzato è più elevato in entrambi i sessi rispetto a quello osservato nel resto della Regione anche nella 6-Euganea e 8-Berica, mentre risulta marcatamente ridotto nell'Azienda ULSS 2-Marca Trevigiana (Figura 11.3.2).

Nota Metodologica

Fonti informative: Anagrafe Unica Regionale, Schede di dimissione ospedaliera, Esenzione ticket e Assistenza psichiatrica territoriale. La popolazione utilizzata si riferisce ai residenti in Veneto al 31.12.2024 e include anche i soggetti deceduti nell'arco dell'anno (fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale).

Tabella 11.3.1 Assistiti con depressione per classi di età e sesso. Veneto, anno 2024

Età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-18	140	1,2	511	2,3	651	1,9
19-34	1.578	13,6	2.527	11,1	4.105	12,0
35-44	1.093	9,5	1.749	7,7	2.842	8,3
45-54	1.990	17,2	3.398	15,0	5.388	15,7
55-64	2.853	24,7	4.966	21,9	7.819	22,8
65-74	2.080	18,0	4.426	19,5	6.506	19,0
75-84	1.382	12,0	3.583	15,8	4.965	14,5
85+	445	3,8	1.547	6,8	1.992	5,8
Totale	11.561	100,0	22.707	100,0	34.268	100,0

Figura 11.3.1 Assistiti con depressione. Tassi di prevalenza per classi di età e sesso (per 1.000). Veneto, anno 2024

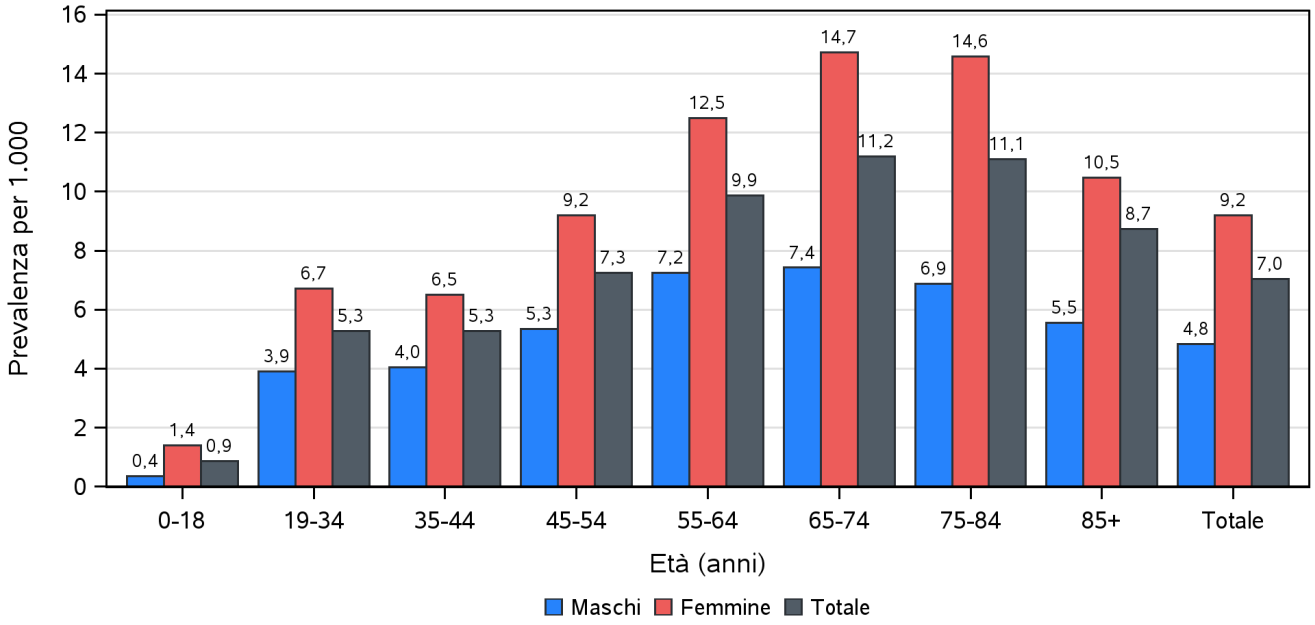
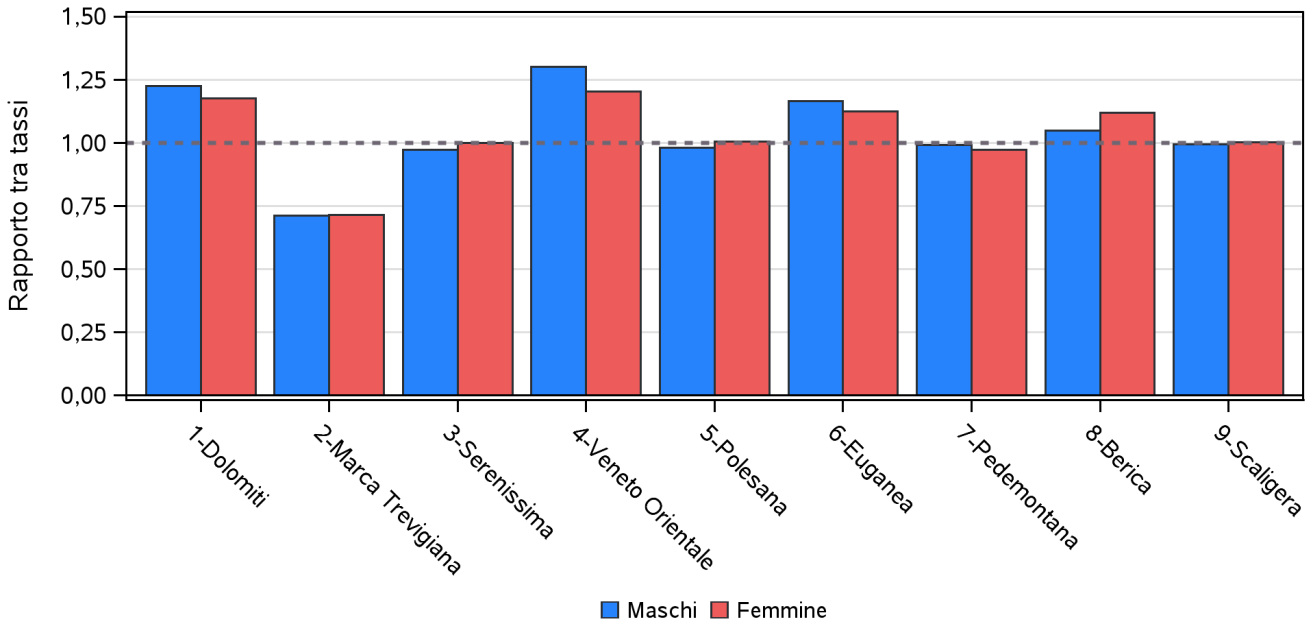


Figura 11.3.2 Assistiti con depressione. Rapporto tra tassi di prevalenza standardizzati per età e stratificati per Azienda ULSS e sesso (Veneto=1). Veneto, anno 2024 (popolazione standard: Veneto, 2024).



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto.

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

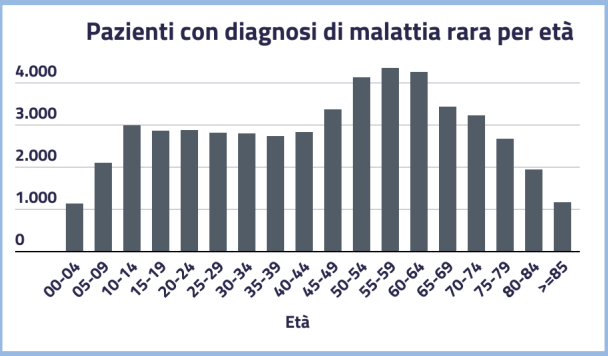
Popolazione e salute

12. Malattie rare

MALATTIE RARE

57.553 Pazienti seguiti al 31.12.2024

Il 15,4% sono pazienti pediatrici



Gruppi di malattie rare più frequenti

1° Malattie rare dell'apparato visivo (**15,2%**)

2° Malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e sindromi complesse (**14,8%**)

3° Malattie neurologiche rare (**14,3%**)

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

L'approvazione del Piano nazionale malattie rare 2 (2023-2026) e del Documento di riordino della Rete nazionale malattie rare (Accordo stato-regioni rep. Atti 121/2023) hanno portato all'ulteriore ridefinizione della rete malattie rare regionale in essere, identificata con DGRV 1460/2023. La Rete si basa sui seguenti elementi: i Centri di riferimento, composti da più Unità Operative in grado di garantire un approccio multidisciplinare e la transizione tra ambiti di cura età-specifici; i Centri che tra questi partecipano alle reti europee di riferimento ERN; il Coordinamento regionale malattie rare.
La rete malattie rare, oltre che dei Centri di cui sopra, si compone anche degli altri ospedali del SSR coinvolti nella presa in carico dei pazienti, della rete dei servizi territoriali, inclusi i servizi farmaceutici e si basa sull'interazione tra tutte queste componenti e le altre reti assistenziali (es. trapianti, urgenza-emergenza, riabilitazione, trasfusionale, etc). Un sistema informativo dedicato, interoperabile con l'Anagrafe Unica Regionale degli assistiti, supporta il percorso assistenziale dalla definizione diagnostica alla redazione dei piani di presa in carico, consentendo in tempo reale l'interazione tra i vari professionisti coinvolti nella presa in carico. Il Coordinamento regionale malattie rare, al quale è affidata la gestione del Registro regionale e del Centro informazioni, svolge funzioni di indirizzo e coordinamento della rete ed assicura il monitoraggio dei Centri e delle attività svolte. I dati presentati derivano dal Registro malattie rare (interoperabile con l'Anagrafe Unica Regionale - AUR) che si sviluppa come sistema informativo a supporto del percorso assistenziale dei malati.
Al 31.12.2024 i pazienti con malattie rare diagnosticati e seguiti dai Centri della Rete regionale malattie rare sono 57.553. Complessivamente, i malati rari residenti in Veneto sono 51.700. L'indice di attrazione della rete è pari a 15,8%, mentre quello di mobilità extra-regionale è il 2,6%. I pazienti nuovi diagnosticati nel 2024 sono stati 4.744 (più 13,7% rispetto al 2023). Anche nella popolazione dei malati rari residenti in regione si osserva la crescita della componente di pazienti con più di 65 anni (24% del totale), ponendo all'attenzione della programmazione regionale non solo il tema della transizione tra età pediatrica ed adulta, ma anche tra età adulta ed anziana. Complessivamente, i pazienti in età pediatrica rappresentano il 15,4% del totale. Tra i pazienti residenti in Veneto al 31.12.2024, il gruppo più rappresentato risulta quello dei pazienti con malattie rare dell'apparato visivo (15,2%). Seguono i pazienti con malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e sindromi complesse (14,8%), quelli con malattie neurologiche rare (14,3%) e con malattie ematologiche rare (11,6%).

Nota Metodologica

Fonti di dati
Coordinamento malattie rare - Regione del Veneto
Registro malattie rare - Regione del Veneto

Figura 12.1 Distribuzione per classi di età dei pazienti con diagnosi di malattia rara ex allegato 7 dPCM 12/01/2017. Residenti in Veneto, dati al 31/12/2024

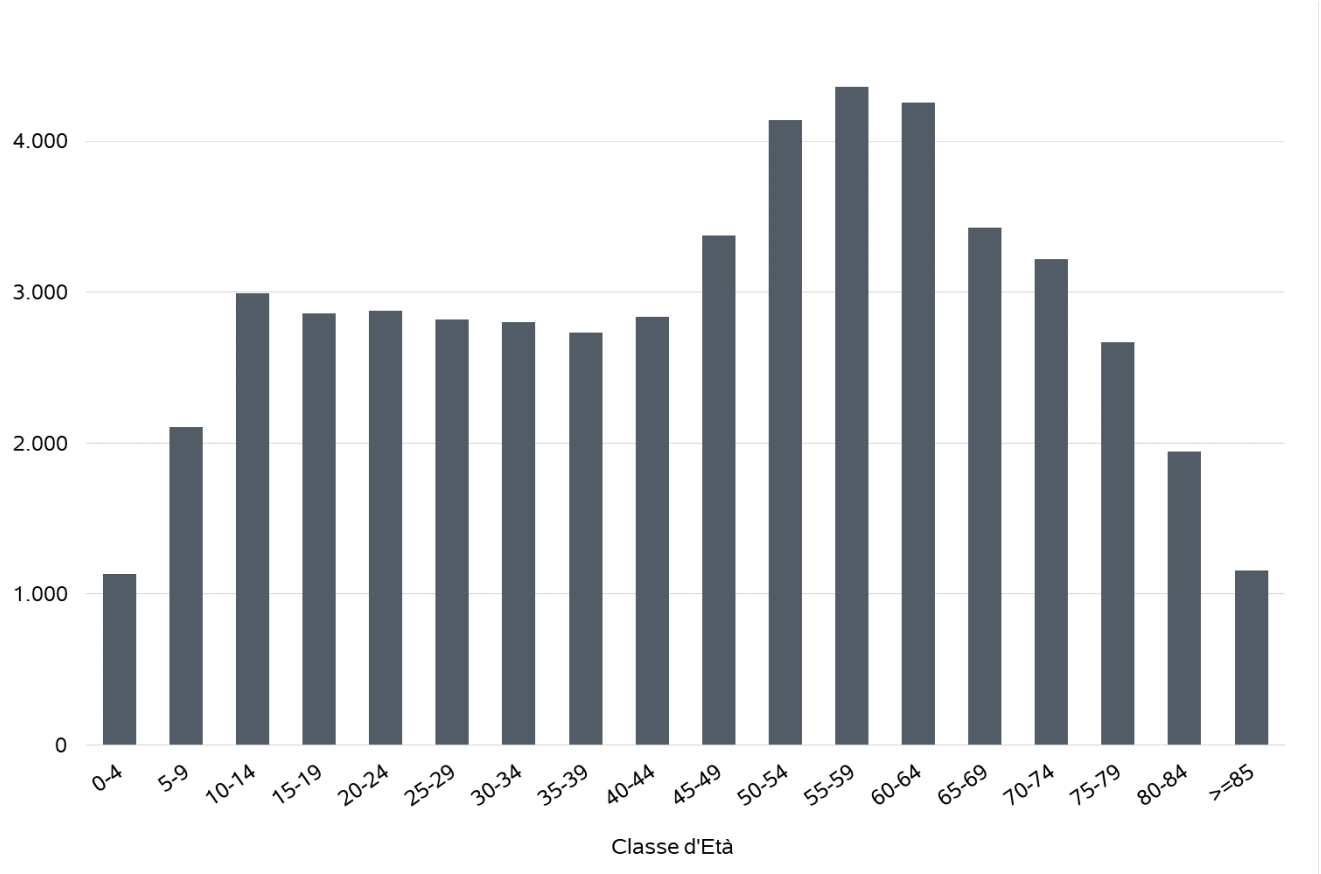


Figura 12.2 Distribuzione dei pazienti con diagnosi di malattia rara ex allegato 7 dPCM 12/01/2017 per gruppo nosologico ICD9-CM. Residenti in Veneto, dati al 31/12/2024

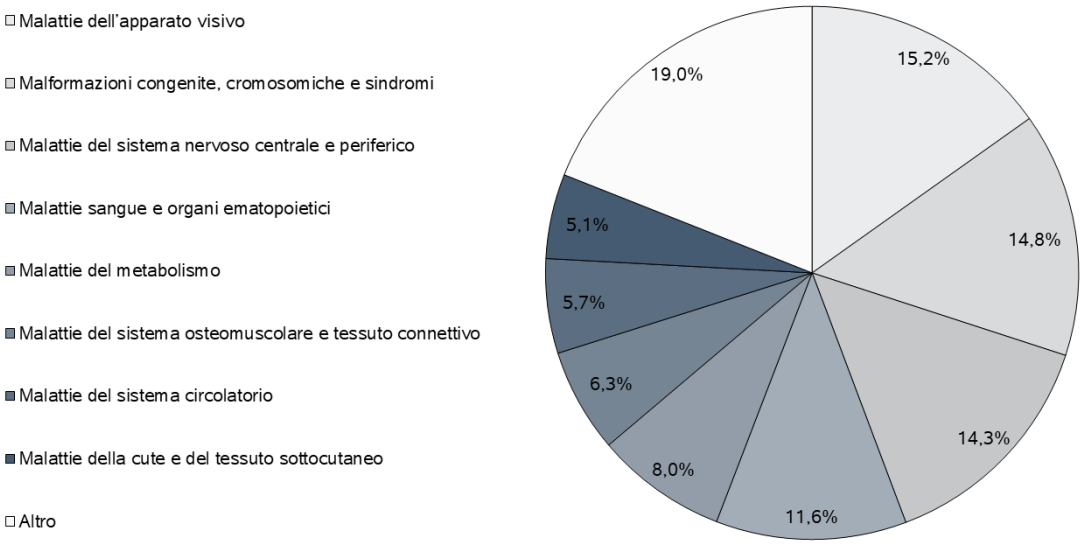


Figura 12.3 Distribuzione percentuale dei pazienti pediatrici con diagnosi di malattia rara ex allegato 7 dPCM 12/01/2017 per gruppo nosologico ICD9-CM. Residenti in Veneto, dati al 31/12/2024

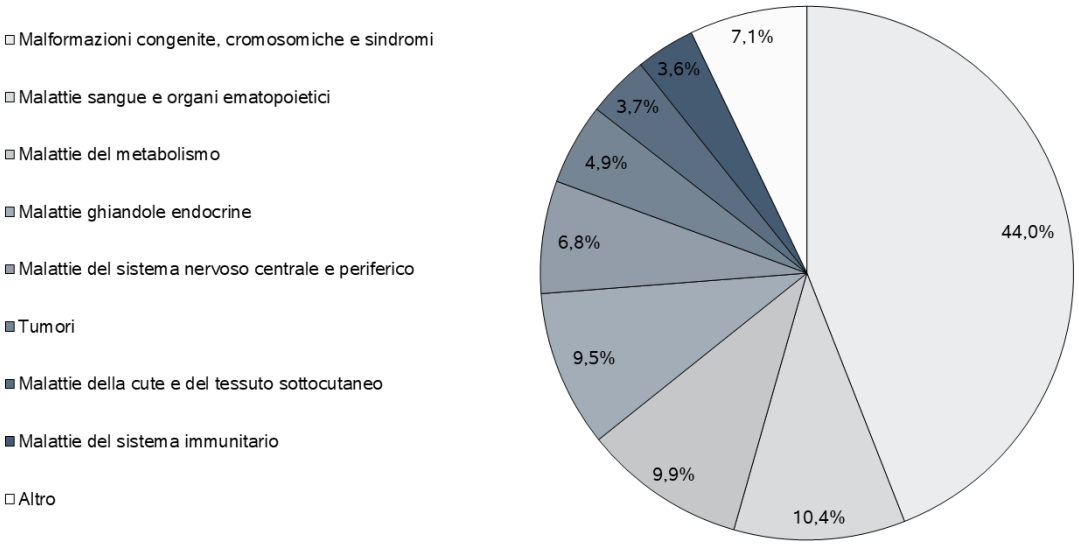


Figura 12.4 Distribuzione percentuale dei pazienti adulti-anziani con diagnosi di malattia rara ex allegato 7 dPCM 12/01/2017 per gruppo nosologico ICD9-CM. Residenti in Veneto, dati al 31/12/2024

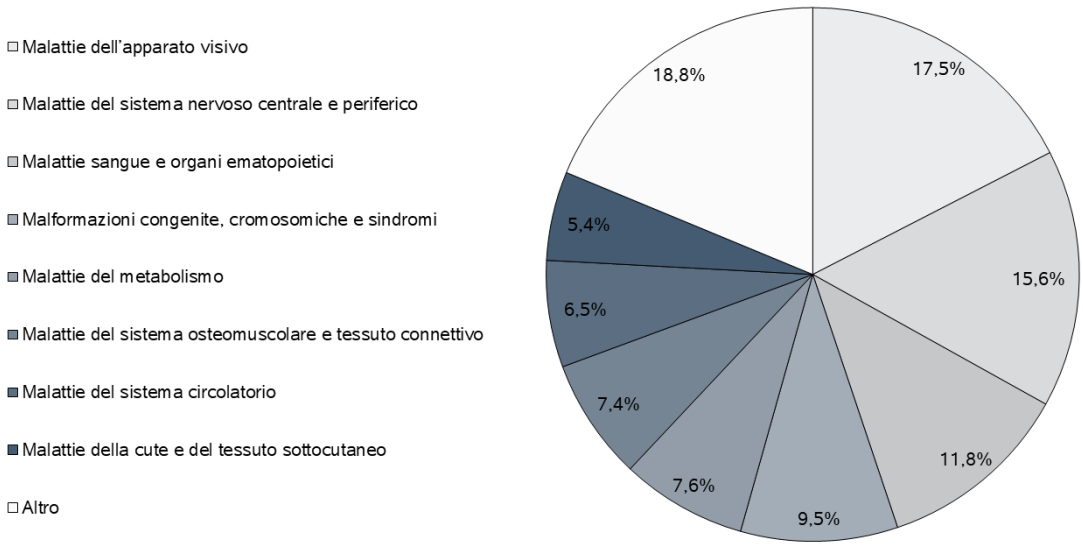


Figura 12.5 Distribuzione percentuale dei pazienti in transizione dall'età pediatrica all'età adulta con diagnosi di malattia rara ex allegato 7 dPCM 12/01/2017 per gruppo nosologico ICD9-CM. Residenti in Veneto, dati al 31/12/2024

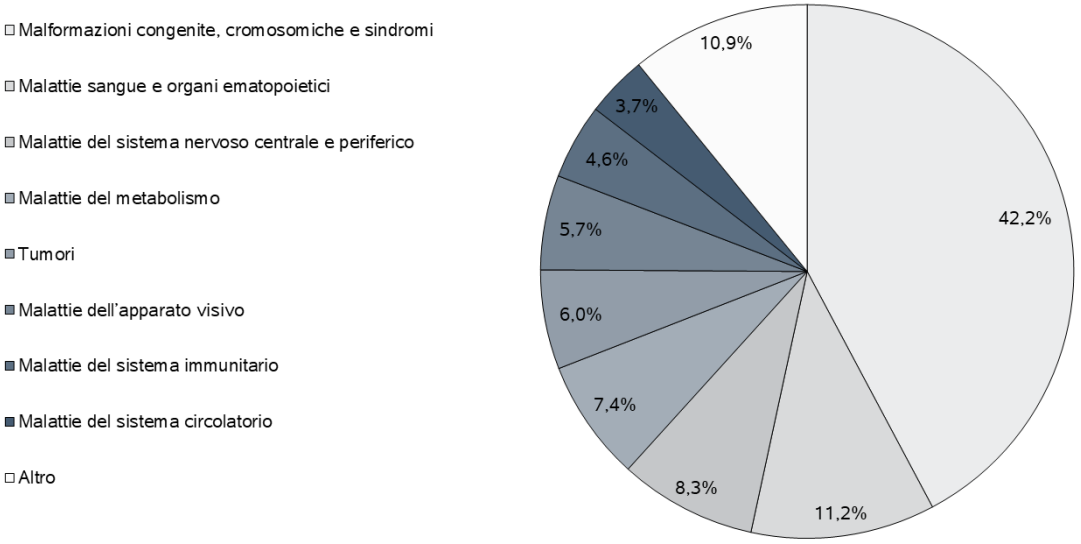
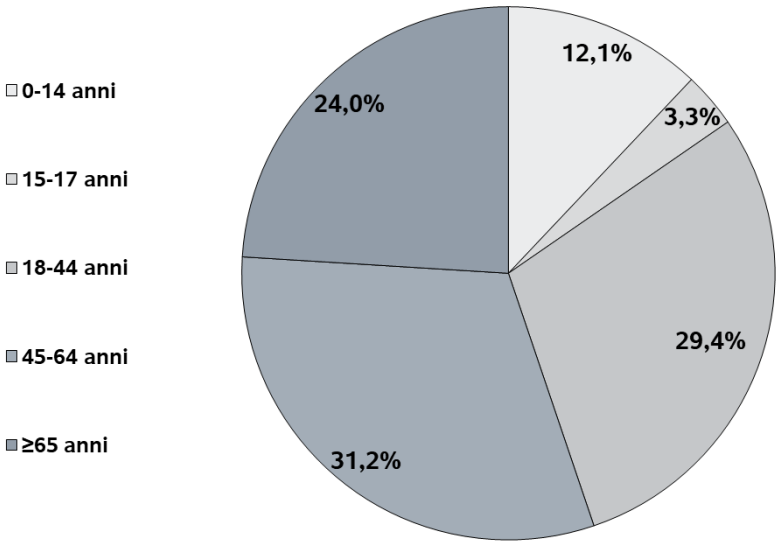


Figura 12.6 Distribuzione per macro classi di età dei pazienti con diagnosi di malattia rara ex allegato 7 dPCM 12/01/2017. Residenti in Veneto, dati al 31/12/2024



Approfondimenti

Angin, C., Mazzucato, M., Weber, S. et al. Coding undiagnosed rare disease patients in health information systems: recommendations from the RD-CODE project. Orphanet J Rare Dis 19, 28 (2024)
https://doi.org/10.1186/s13023-024-03030-2

k Mazzucato M, Visonà Dalla Pozza L, Minichiello C, Toto E, Vianello A, Facchin P. Estimating mortality in rare diseases using a population-based registry, 2002 through 2019. Orphanet J Rare Dis. 2023;18(1):362. doi: 10.1186/s13023-023-02944-7
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37978388/

Progetto europeo RD-CODE sulla codifica e classificazione delle malattie rare
https://www.rd-code.eu/

Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2023

Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2023

Per maggiori informazioni

Coordinamento Malattie Rare - Registro malattie rare - Regione del Veneto

c/o Azienda Ospedale - Università Padova, Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

malattierare@regione.veneto.it

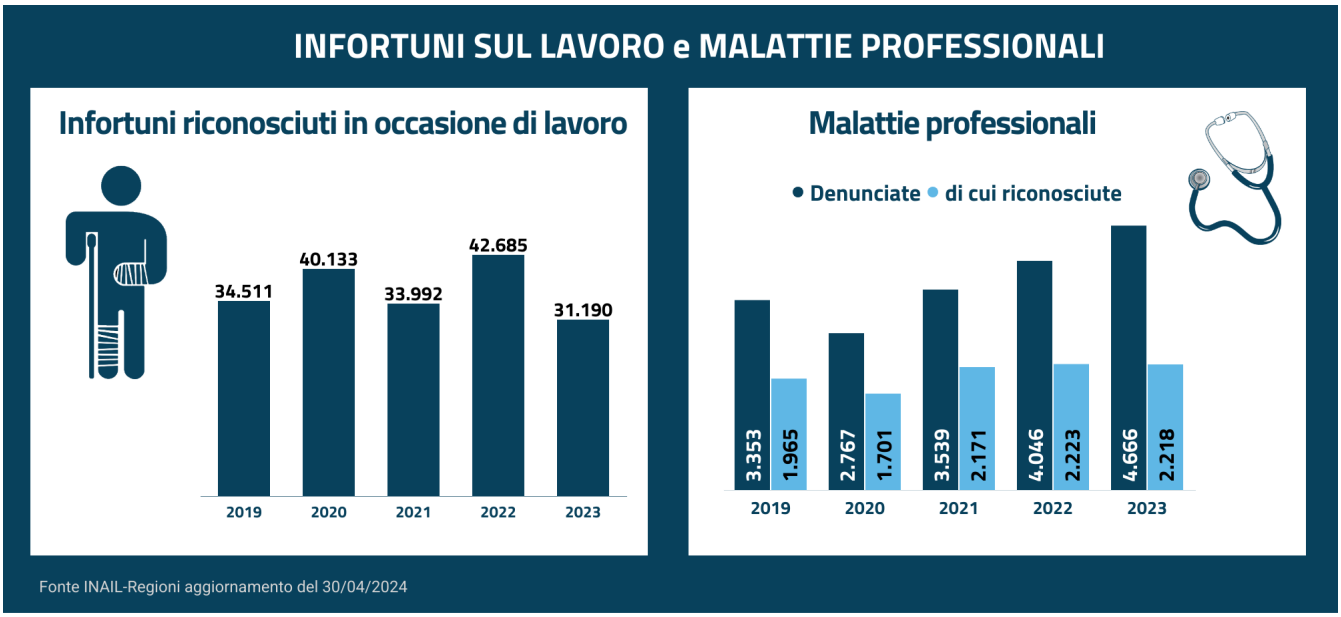
049 8215700 - Numero verde malattie rare 800318811

Popolazione e salute

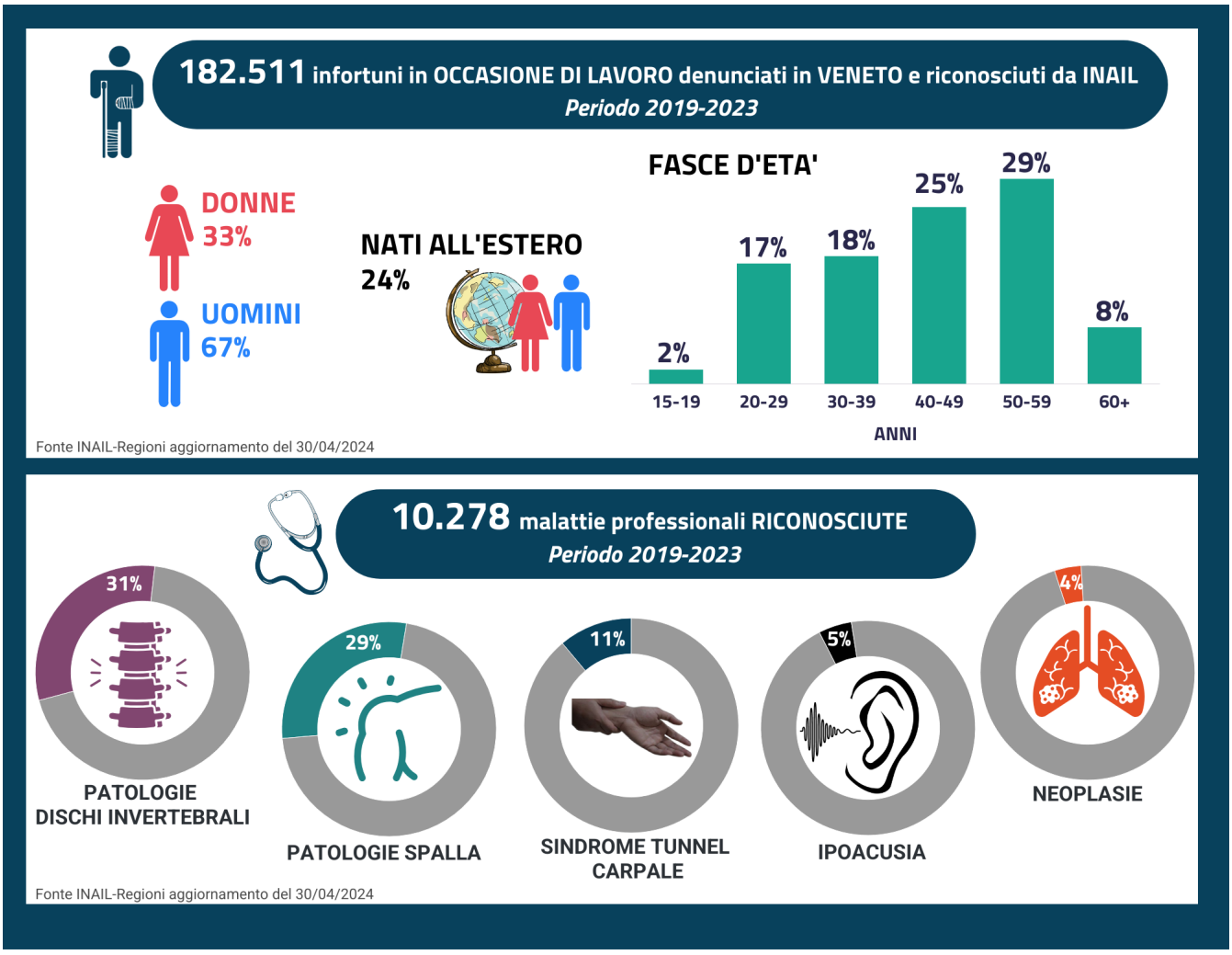
13. Infortuni sul lavoro e malattie professionali

CONTENUTI

- 13.1 Infortuni sul lavoro
- 13.2 Malattie professionali



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

13.1 Infortuni sul lavoro

Nella Regione del Veneto sono stati 371.676 gli infortuni sul lavoro denunciati nel periodo 2019-2023 (di cui 70.175 nel 2022), poco meno della metà sono infortuni riconosciuti in occasione di lavoro. La Figura 13.1.1 riporta l'andamento temporale degli infortuni denunciati, riconosciuti, riconosciuti non in itinere e gli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro; si può osservare un considerevole aumento delle denunce nel 2022 ed una riduzione nel 2023. Nella Figura 13.1.2 sono distinti gli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro dovuti al Covid-19 da tutti gli altri. Nel 2020 e nel 2022 gli infortuni dovuti al Covid-19 hanno rappresentato una quota rilevante del totale (prime ondate della pandemia nel 2020, diffondersi della variante Omicron ad inizio 2022). Gli infortuni non Covid, pur in crescita rispetto al 2020 caratterizzato dalla chiusura delle attività produttive durante il lockdown, si mantengono negli anni 2021-2023 ad un livello stabile e più basso rispetto al periodo pre-pandemico. Gli infortuni in occasione di lavoro nel 2019 coinvolgevano nel 76% dei casi soggetti di sesso maschile; con l'impatto degli infortuni dovuti al Covid-19 nel 2020 e nel 2022 questa percentuale si è abbassata al 60% circa, per poi risalire al 73% nel 2023. Complessivamente l'età media è di 43,4 anni (45,2 per le femmine, 42,6 per i maschi). Quasi un infortunio su quattro coinvolge lavoratori nati all'estero: di questi il 16,9% è nato in Romania, il 12,8% in Marocco, l'8,3% in Albania ed il 7,0% in Moldavia.
La Tabella 13.1.1 mostra l'andamento degli infortuni nei comparti interessati da Programmi Predefiniti nel contesto del Piano Regionale della Prevenzione, ed in Sanità (in ragione dello specifico impatto della pandemia). Di questi settori la maggior parte degli infortuni in occasione di lavoro si trovano nelle "costruzioni" e nella "metalmeccanica". Il comparto Sanità nel periodo 2020-2022 ha registrato una proporzione di infortuni sul lavoro anomala rispetto al passato, dovuta all'evoluzione delle infezioni da SAR-CoV-2.
Per quanto riguarda la gravità dell'infortunio (Figura 13.1.3), classificata in base alla durata della prognosi temporanea e alle conseguenze permanenti/mortali, bisogna considerare provvisori i dati relativi al 2023, con alcuni infortuni ancora in via di definizione. La gravità era caratterizzata nel 2023 dal 13% di infortuni invalidanti/mortali (erano il 17% del totale nel 2019), dal 24% di infortuni gravi T40 (erano 26% nel 2019), e dal 29% di infortuni gravi T30 (erano il 31% nel 2019).

Nota Metodologica

I flussi informativi INAIL-Regioni rappresentano la principale fonte per il monitoraggio e l'analisi degli infortuni sul lavoro e malattie professionali. L'ultimo aggiornamento disponibile è relativo alle denunce rilevate al 30/04/2024. La denuncia degli infortuni sul lavoro è obbligatoria per i casi individuati dal DPR 1124 del 30/06/1965 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali".
Un infortunio si definisce "riconosciuto" se definito positivamente, ossia se l'iter si è concluso con la definizione "Temporaneo", "Permanente", "Mortale Con Superstiti", "Mortale Senza Superstiti", "Regolare senza indennizzo". Le prime quattro categorie ricevono un indennizzo da parte dell'Istituto. L'infortunio non definito positivamente è un infortunio con definizione "negativo" (non possiede i requisiti di legge) o "franchigia" (assenza dal lavoro inferiore a 3 giorni). Solo con le modifiche apportate dal D. Lgs. 81/2008 è stata resa obbligatoria la trasmissione telematica all'INAIL, ai soli fini statistici, anche di questi eventi. Riconosciuti non in itinere sono gli infortuni riconosciuti non avvenuti nello spostamento da/per il posto di lavoro. Riconosciuti in occasione di lavoro sono gli infortuni riconosciuti non in itinere esclusi Colf, Studenti, Sportivi.
La gravità dell'esito è classificata come segue: Grave T30: infortunio definito in prognosi temporanea superiore ai 30 giorni o con postumi permanenti maggiori di zero o mortale; Grave T40: infortunio definito con prognosi temporanea superiore ai 40 giorni o con postumi permanenti maggiori di zero o mortale; Invalidante/mortale: infortunio invalidante o mortale.

Figura 13.1.1 Infortuni denunciati nella Regione Veneto per tipo di definizione e anno di evento. Anni 2019-2023 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2024)

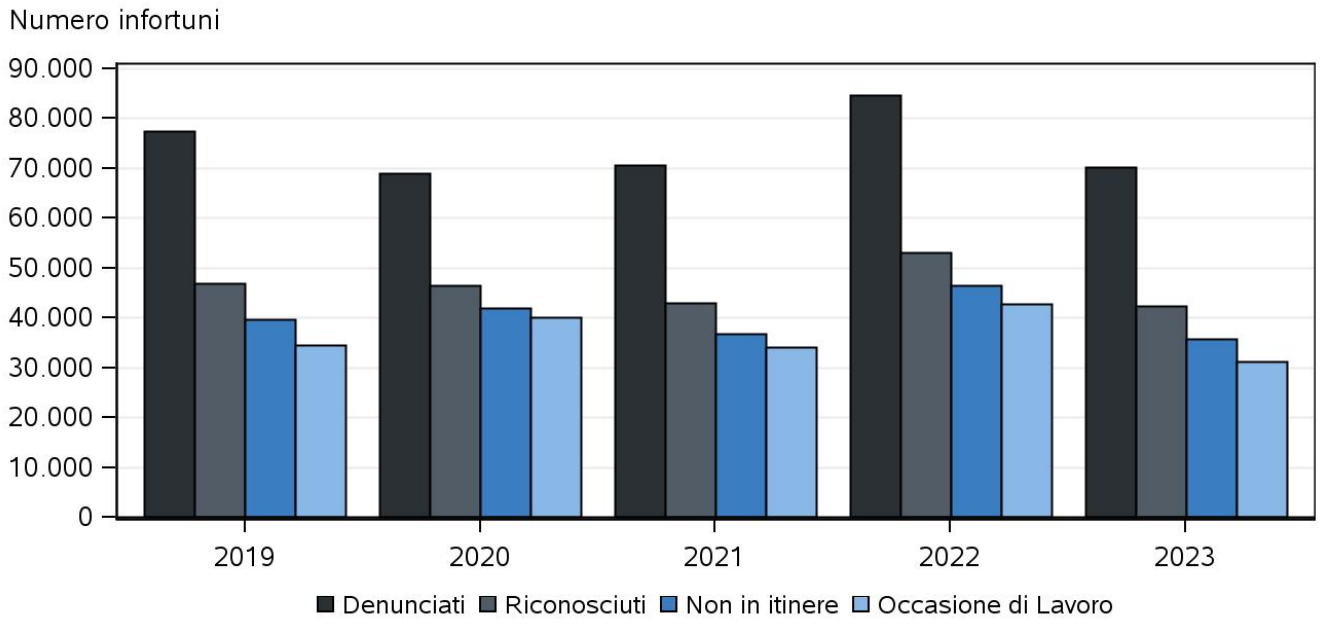


Figura 13.1.2 Infortuni in occasione di lavoro nella Regione del Veneto distinti se con Covid-19 e anno di evento. Anni 2019-2023 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2024)

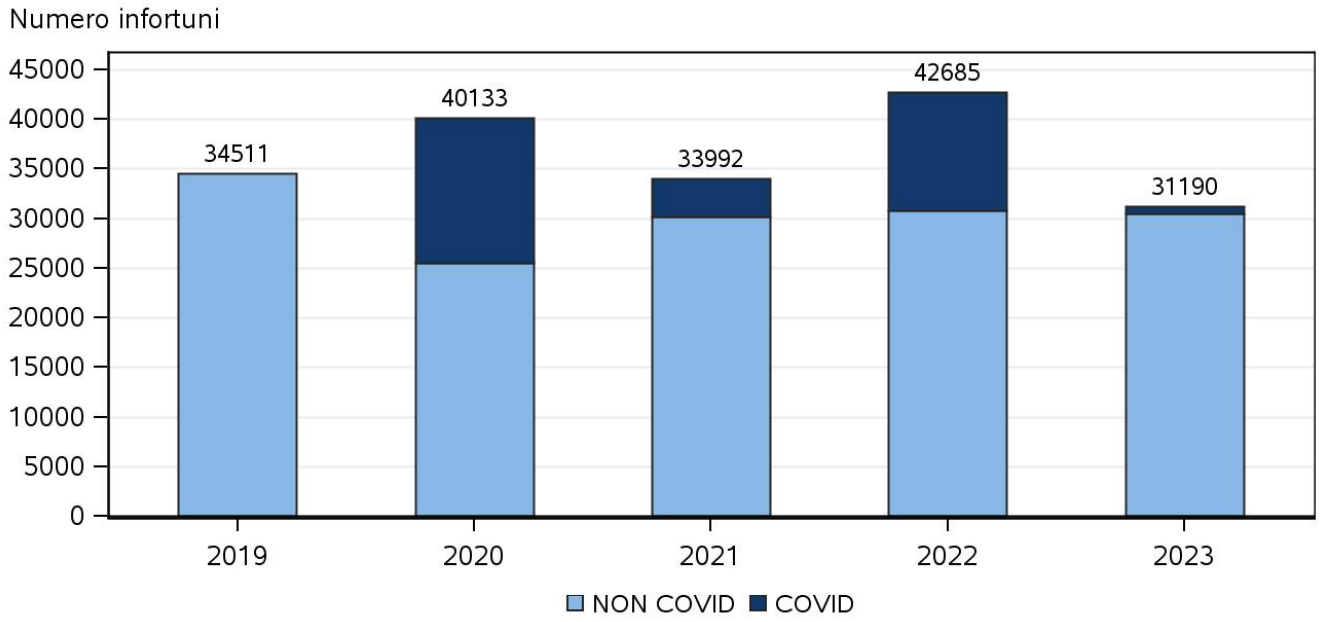


Figura 13.1.3 Infortuni in occasione di lavoro nella Regione del Veneto, per esito e anno di evento. Anni 2019-2023 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2024)

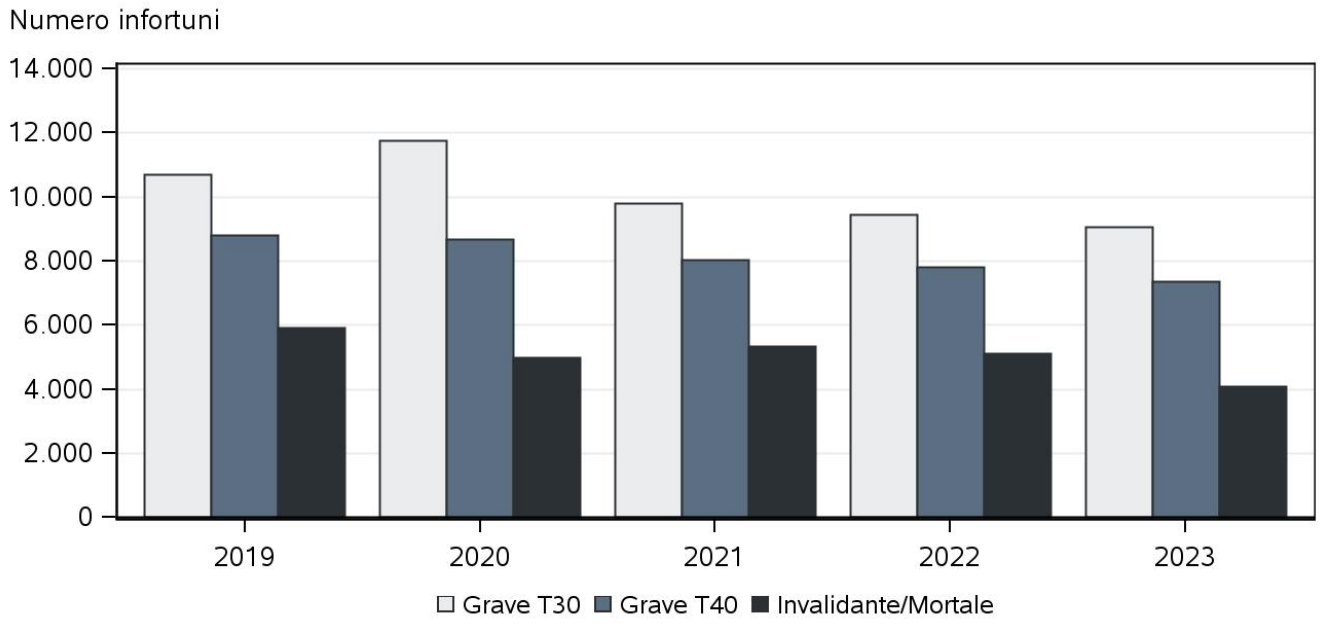


Tabella 13.1.1 Infortuni in occasione di lavoro nella Regione del Veneto per comparto e anno di evento. Anni 2019-2023 (Fonte INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2024)

Comparto	2019	2020	2021	2022	2023
Attività manifatturiera- legno/arredo	959	751	899	938	783
Attività manifatturiera- metalmeccanica	5.060	3.952	4.555	4.519	4.399
Costruzioni	3.961	3.355	3.919	3.938	4.017
Trasporto e magazzinaggio	2.889	2.252	2.638	2.774	2.759
Agricoltura	1.965	1.665	1.742	1.619	1.499
Sanità	2.531	14.736	5.141	12.444	2.912
Altro	17.146	13.422	15.098	16.453	14.821
Totale	34.511	40.133	33.992	42.685	31.190

Approfondimenti

Gli infortuni sul lavoro nella regione del Veneto. Anni 2018-2022

https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

13.2 Malattie professionali

Nella Regione del Veneto il numero di denunce di malattie professionali ha subito un considerevole incremento dal 2019 al 2023 (con una transitoria flessione nel primo anno della pandemia), per raggiungere nel 2023 quasi le 4.700 denunce (Figura 13.2.1). La proporzione di malattie professionali riconosciute sul totale delle denunciate si avvicina nel periodo 2019-2022 al 60%; i dati relativi alle malattie professionali riconosciute ed insorte nel 2023 sono da considerarsi ancora provvisori e quindi, al momento, sottostimati.
La Tabella 13.2.1 riporta la distribuzione della tipologia delle malattie professionali riconosciute per anno di manifestazione. Si tratta in maggioranza di patologie muscoloscheletriche (76% del totale, per lo più patologie dei dischi intervertebrali e della spalla), sindrome del tunnel carpale (11%), ed ipoacusia da rumore (5%). Circa metà dei tumori professionali riconosciuti dall'INAIL è rappresentata da mesoteliomi, seguiti da neoplasie polmonari, cutanee, e naso-sinusali. I casi di mesotelioma sono oggetto di rilevazione da parte del registro regionale dedicato. Attualmente nel registro sono inclusi 3.265 mesoteliomi diagnosticati nel periodo 1987-2023 (Tabella 13.2.2); dall'analisi della documentazione raccolta, è stata attribuita un'esposizione lavorativa ad amianto in quasi due terzi dei casi (46,2% certa, 5,0% probabile, 11,5% possibile).

Nota Metodologica

I flussi informativi INAIL-Regioni rappresentano la principale fonte per il monitoraggio e l'analisi degli infortuni sul lavoro e malattie professionali. Sono considerate le malattie professionali denunciate entro il 31/12/2023 e rilevate al 30/04/2024. Ciascun lavoratore può denunciare più malattie. L'iter amministrativo e sanitario delle malattie professionali è in generale più lungo rispetto a quello degli infortuni sul lavoro, ciò comporta un dilatamento dei tempi tecnici di definizione dei casi, quindi è necessario riaggiornare periodicamente l'intera serie storica dei dati statistici. Le analisi sono state effettuate per anno di manifestazione e settore ICD-X della malattia professionale accertata.
Il Registro Regionale dei casi di Mesotelioma rileva i casi di mesotelioma maligno incidenti in cittadini residenti in Veneto al momento della diagnosi. Si tratta di un tumore raro ma di grande interesse per la ben documentata correlazione con un'esposizione professionale e/o extra lavorativa ad amianto. La modalità di esposizione viene raccolta attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato all'interessato o ad un suo congiunto.

Figura 13.2.1 Malattie professionali denunciate e riconosciute per anno di manifestazione. Veneto, anni 2019-2023 (Fonte: INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2024)

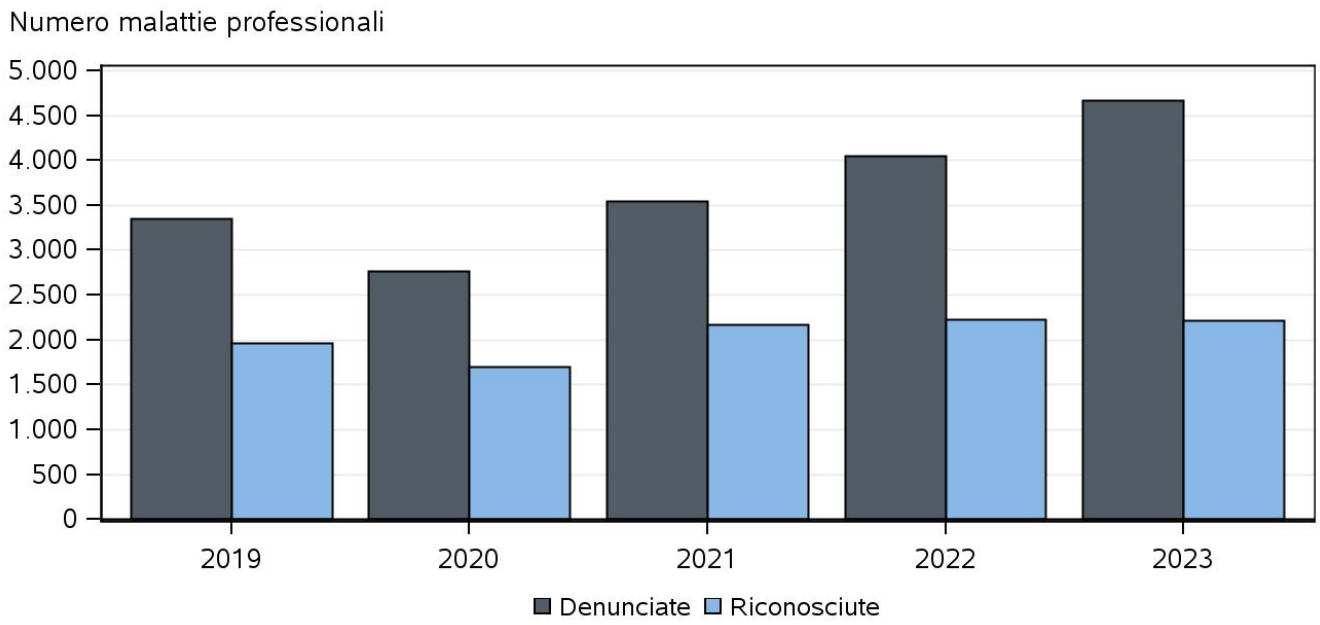


Tabella 13.2.1 Malattie professionali riconosciute per raggruppamento ICD-X accertato e anno di manifestazione. Veneto, anni 2019-2023 (Fonte: INAIL-Regioni aggiornamento del 30/04/2024)

Raggruppamento ICD-X accertato	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Tumori	**97**	**61**	**78**	**72**	**53**	**361**
- di cui Mesoteliomi	50	35	36	39	33	193
- di cui tumori al polmone	26	12	18	5	5	66
- di cui tumori naso-sinusali	5	4	9	9	5	32
- di cui tumori maligni della cute	10	7	10	17	7	51
Malattie professionali esclusi tumori	**1.868**	**1.640**	**2.093**	**2.151**	**2.165**	**9.917**
Ipoacusia	138	107	96	123	100	564
Patologia non neoplastica apparato respiratorio	58	26	33	25	29	171
- di cui placche pleuriche	30	9	20	10	10	79
- di cui asbestosi	6	3	4	6	3	22
- di cui silicosi	3	4	1	2	11	21
- di cui asma	12	5	5	2	2	26
Patologia non neoplastica della cute	20	20	16	10	8	74
- di cui dermatiti allergiche da contatto	16	14	11	8	2	51
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	1.424	1.265	1.678	1.726	1.767	7.860
- di cui patologie dischi intervertebrali	628	493	670	701	673	3.165
- di cui patologie della spalla	513	490	650	628	659	2.940
- di cui epicondilite	98	96	143	126	132	595
- di cui sindrome di De Quervain / tenosinoviti	58	60	60	60	56	294
- di cui lesioni interne del ginocchio	74	68	84	93	100	419
Malattie del sistema nervoso	223	199	267	266	259	1.214
- di cui Sindrome del tunnel carpale	206	190	257	258	251	1.162
Altre patologie	5	23	3	1	2	34
Totale	**1.965**	**1.701**	**2.171**	**2.223**	**2.218**	**10.278**

Tabella 13.2.2 Distribuzione dei casi di mesotelioma maligno per esposizione e genere. Veneto, periodo 1987-2023 (Fonte: Registro regionale dei casi di mesotelioma del Veneto)

Esposizione	Maschi	Femmine	Totale	% sul Totale
Lavorativa certa	1.435	74	1.509	46,2%
Lavorativa probabile	139	23	162	5,0%
Lavorativa possibile	275	101	376	11,5%
Familiare	28	176	204	6,2%
Ambientale	42	55	97	3,0%
Extra-lavorativa	24	28	52	1,6%
Improbabile/Ignota	325	268	593	18,2%
Rifiuto intervista/Non classificabile	150	106	256	7,8%
Esposizione a radiazioni	5	11	16	0,5%
Totale	**2.423**	**842**	**3.265**	**100,0%**

Approfondimenti

Le malattie professionali nella Regione del Veneto - Anni 2018-2022

https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni

Registro Regionale dei casi di mesotelioma - Dati 1987-2021 consolidati, dati 2022-2023 provvisori

https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

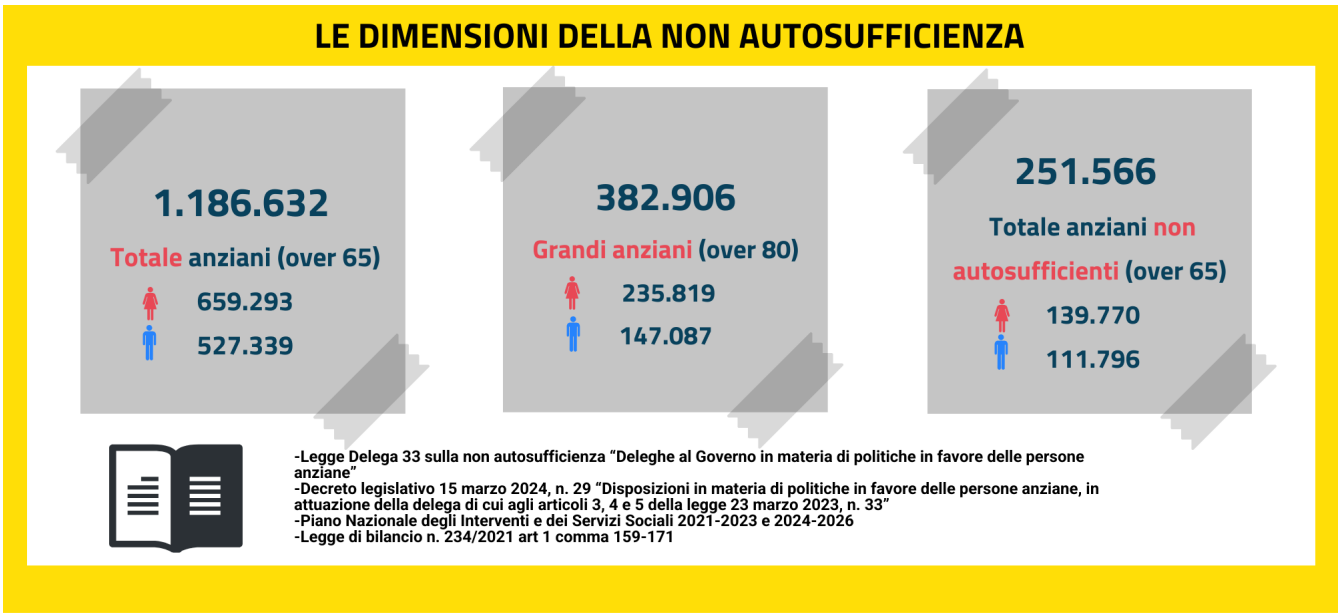
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

Popolazione e salute

14. Le dimensioni della non autosufficienza



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Attualmente non esiste una definizione internazionale univoca del concetto di "non autosufficienza". L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) non fornisce una definizione esplicita nel suo sistema di classificazione. Tuttavia, il concetto è strettamente legato alla "disabilità" e alla "funzionalità" secondo l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), che considera la disabilità come una riduzione o perdita delle capacità funzionali, fisiche, psichiche, sensoriali o relazionali, limitando la partecipazione dell'individuo alla vita sociale e quotidiana. I recenti interventi sociali sulla non autosufficienza non hanno ancora definito completamente il quadro di riferimento.

A livello nazionale, il Piano Nazionale della Non Autosufficienza 2022-2024 identifica i destinatari come persone con specifiche condizioni di salute, bio-psico-fisiche, sociali e relazionali, che richiedono supporto per incrementare le risorse, migliorare la salute e la qualità della vita, anche in presenza di fabbisogni sanitari complessi. La definizione viene poi precisata distinguendo tra persone anziane non autosufficienti con alto o basso bisogno assistenziale. La Legge 23 marzo 2023, n. 33 (Legge delega per le politiche in favore delle persone anziane), pur non fornendo una definizione esplicita di "non autosufficienza", stabilisce l'intento di adottare una definizione unitaria di "popolazione anziana non autosufficiente". Ciò nonostante, nell'ambito delle deleghe conferite al Governo, l'articolo 4 stabilisce la volontà di adottare una definizione unitaria di "popolazione anziana non autosufficiente", tenendo conto dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità e dell'eventuale condizione di disabilità pregressa, in linea con le indicazioni dell'OMS. In attuazione di tale legge, il Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29 definisce la "persona anziana non autosufficiente" come chi presenta gravi limitazioni o perdita di autonomia nelle attività quotidiane e nel funzionamento bio-psico-sociale, valutate con metodologie standardizzate. La definizione integra criteri oggettivi e metodologie per valutare il grado di non autosufficienza, considerando fragilità, multimorbilità e vulnerabilità sociale.

A livello regionale, la Regione ha sviluppato un processo di valutazione della non autosufficienza utilizzando uno strumento validato per le persone anziane. La scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.A. (DGR 1133/2008), recentemente aggiornata con le DGR n. 96/2025 e n. 243/2025, definisce lo stato clinico, il profilo di rischio, le abilità funzionali, le capacità residue, le risorse psicosociali, gli aspetti socio-economici e i bisogni personali dell'individuo.

L'inquadramento del fenomeno demografico legato alle persone anziane, in particolare quelle non autosufficienti, evidenzia che secondo le stime dell'ISTAT, nel 2024 la Regione Veneto aveva 1.186.632 anziani over 65 (659.293 donne e 527.339 uomini), di cui 251.566 non autosufficienti (21,2% degli over 65). Se si considerano gli ospiti anziani presenti nelle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 31/12/2022, la percentuale di anziani non autosufficienti nelle strutture residenziali extraospedaliere è pari al 2,84% degli over 65 nel 2023 e al 2,80% nel 2024.

Nota Metodologica

Fonte dati: Nei riquadri vengono riportati i conteggi dei residenti in Veneto per l'anno 2024 con età maggiore o uguale a 65 anni (anziani), maggiore o uguale a 80 anni (grandi anziani) e anziani non autosufficienti. Le definizioni sono state desunte dall'art. 2 del D.Lgs 15 marzo 2024, n. 29 "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33" (GU Serie Generale n.65 del 18 marzo 2024). Per quanto riguarda la stima degli anziani non autosufficienti, essa è pari al 21,2% degli over 65. Tale stima si basa sulla percentuale di "Persone di 65 anni e oltre con gravi difficoltà nelle attività domestiche" come da Report ISTAT "Le condizioni di salute della popolazione anziana", pubblicato il 14/07/2021 su dati 2019. In particolare, dalla Tavola 21 del Report si evince che in Veneto il 21,2% degli over 65 ha gravi difficoltà in almeno una delle attività domestiche (cioè preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire risorse economiche o le attività amministrative).

Approfondimenti

- ISTAT. Le condizioni di salute delle popolazione anziana in Italia. Anno 2019
  https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. La legge delega per gli anziani. Dettaglio della norma
  https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Legge-delega-anziani-cosa-prevede.pdf

- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per il programma di Governo, Focus: Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33. D.lgs. n. 29/2024
  https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/03/18/24G00050/SG

Per maggiori informazioni

Direzione Regionale Servizi Sociali

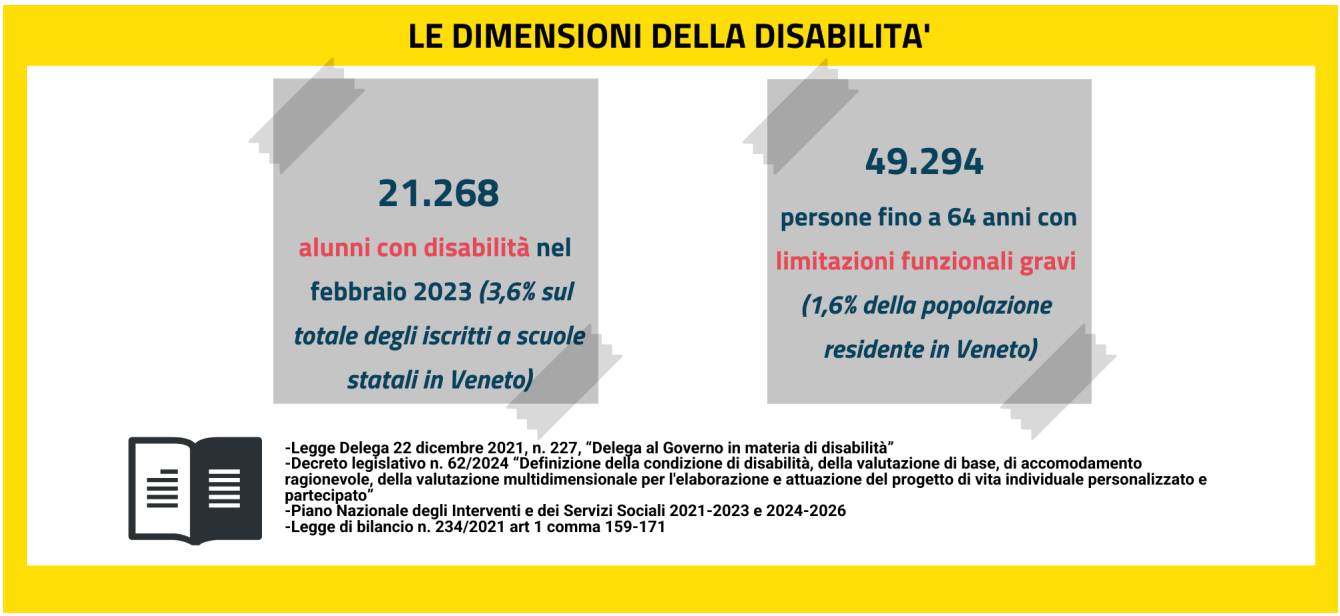
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123, Venezia

servizi.sociali@regione.veneto.it

041 2791454 - 1493 - 1379

Popolazione e salute

15. Le dimensioni della disabilità



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Il concetto di disabilità è presente nella normativa italiana dalla ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (legge 18/2009), sebbene persista la definizione di "handicap" nella legge 104/1992, mutuata da una definizione dell'OMS. Recentemente, la Legge delega n. 227/2023 e il Decreto attuativo n. 62/2024 hanno apportato modifiche significative, tra cui la definizione della disabilità e una correzione terminologica. La nuova definizione di "persona con disabilità" si avvicina a quella della Convenzione ONU, modificando l'art. 3 della legge 104/1992. Il nuovo testo recita: "è persona con disabilità chi presenta compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali di lunga durata che, interagendo con barriere, ostacolano la piena partecipazione alla vita quotidiana, su base di uguaglianza con gli altri". Il Decreto 62/2024 segna un cambiamento culturale importante nella gestione della disabilità, ponendo l'accento sull'inclusione sociale e l'uguaglianza, superando le separazioni tra prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Introduce un nuovo procedimento unitario di valutazione della disabilità, di competenza dell'INPS, che considera non solo la patologia, ma anche l'autonomia della persona e il contesto in cui vive. La valutazione si avvale dello strumento WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule), che misura la salute e la condizione di disabilità, in linea con l'ICF. Un altro aspetto innovativo del decreto è la revisione del procedimento di valutazione multidimensionale per la predisposizione del progetto di vita, che avviene con una valutazione bio-psico-sociale, incentrata sulla persona con disabilità. Il progetto di vita individuale è elaborato dall'Ambito Territoriale Sociale in cui risiede la persona. Tali trasformazioni diventeranno operative in tutto il territorio nazionale a seguito di una sperimentazione che sarà avviata, per la Regione del Veneto, nella provincia di Vicenza dal mese di settembre 2025. Il contesto di riferimento sopradescritto si inserisce in un sistema regionale di presa in carico consolidato che dal 2014 utilizza strumenti di valutazione multidimensionali validati già basati sulla classificazione ICF, contemplati nella S.Va.M.Di (DGR 1804/2014). Nel prossimo futuro, quindi, la Regione Veneto dovrà creare le condizioni organizzative e operative necessarie ad avviare il processo di definizione del progetto di vita. Nel Veneto, secondo le stime ISTAT, nel 2023 ci sono 183.000 persone con disabilità (3,8% della popolazione). Di queste, 72.000 vivono in famiglia con limitazioni gravi nelle attività quotidiane (1,96% della popolazione tra 0 e 64 anni), mentre nel 2021 gli ospiti adulti con disabilità o patologie psichiatriche nei presidi residenziali extraospedalieri erano 4.665. Gli alunni con disabilità nel 2022 erano 21.361 (3,6% del totale) e i beneficiari di pensioni per disabilità erano 259.158. Nel contesto dell'integrazione sociosanitaria, il DPCM 12/01/2017 ha definito gli ambiti di intervento per i soggetti fragili, tra cui malati cronici non autosufficienti, persone con disturbi mentali, minori con disturbi psichiatrici, persone con disabilità e altre categorie. La normativa consente di articolare la non autosufficienza in diverse condizioni di fragilità. Recenti interventi, come la Legge Delega 22 dicembre 2021, n. 227, e il Decreto legislativo n. 62/2024, hanno contribuito a migliorare la definizione del quadro di riferimento per l'assistenza alle persone con disabilità.

Nota Metodologica

Fonte dati: La percentuale di alunni con disabilità sul totale degli iscritti e frequentanti le scuole statali del Veneto (dato aggiornato al febbraio 2023) è del 3,6%, per un totale di 21.268 alunni. Il dato è relativo ad ogni grado scolastico: scuole dell'infanzia, primaria, I e II grado. Fonte: Ministero dell'Istruzione e del Merito, Ufficio scolastico regionale per il Veneto. "Le tipologie di disabilità. Rilevazione dati anno scolastico 2023 – 2024". La stima nazionale secondo il report Istat "Inclusione scolastica degli alunni con disabilità", pubblicato il 18 marzo 2025, degli alunni con disabilità iscritti alle scuole statali di ogni ordine e grado per l'anno scolastico 2023-2024 è del 4,5% sul totale degli iscritti.

Approfondimenti

- Il Sole 24 Ore. Le Guide. Il progetto di vita - Riforma della disabilità 2024

  https://i2.res.24o.it/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/ILSOLE24ORE/Online/_Oggetti_Embedded/Documenti/2024/10/15/riforma-disabilita.pdf
- Presidenza del Consiglio dei Ministri - Focus - Politiche in materia di disabilità (D.lgs. 62/2024)

  https://www.programmagoverno.gov.it/media/du4puled/focus-disabilita-dlgs-n-62-2024.pdf

Per maggiori informazioni

Direzione Regionale Servizi Sociali

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

servizi.sociali@regione.veneto.it

041 2791454-1493-1379

Aree di intervento

16. Promozione della salute e prevenzione delle malattie

CONTENUTI

- 16.1 Profilassi delle malattie infettive
- 16.2 Screening per il tumore della mammella
- 16.3 Screening per il tumore della cervice uterina
- 16.4 Screening per il tumore del colon-retto
- 16.5 Screening per l'epatite C (HCV)
- 16.6 Ambiente e salute
- 16.7 Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro
- 16.8 Prevenzione primaria e terziaria delle patologie croniche
- 16.9 Veterinaria e sicurezza alimentare
- 16.10 Monitoraggio influenza aviaria

Promozione della salute e prevenzione delle malattie

Screening oncologici

- Screening della mammella 50-74 anni
- Screening della cervice uterina 25-64 anni
- Screening del colon retto 50-74 anni

Oltre 860.000 partecipanti

Screening HCV

Screening della popolazione:

- Generale nati tra il 1969 e il 1989
- Ser.D.
- Carceri

Oltre 370.000 partecipanti

Vaccinazioni

- Popolazione pediatrica
- Popolazione fragile
- Campagne di immunizzazione

Oltre 3.600.000 vaccinazioni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

SCREENING ONCOLOGICI

3 percorsi organizzati e gratuiti

Nel 2024

1.391.966 invitati
866.271 partecipanti

Screening della mammella 50-74 anni
mammografia ogni 2 anni
Adesione **76%**

Screening del colon-retto 50-74 anni
ricerca sangue occulto nelle feci ogni 2 anni
Adesione **62%**

Screening della cervice uterina 25-64 anni
Pap/HPV test secondo protocollo regionale
Adesione **57%**

SCREENING HCV

Finalizzato a rilevare le infezioni da virus dell'Epatite C non ancora diagnosticate, e procedere alla terapia

Screening della popolazione generale
Nati dal 1969 al 1989

Aderenti 26,6 %

Screening della popolazione Ser.D.
Aderenti 50,7 %

Screening della popolazione Carceri
Aderenti 76,2%

IMMUNIZZAZIONE

con definizione di un percorso di presa in carico vaccinale per età o condizione di rischio

MORBILLO 95,2%
MENINGOCOCCO B 91,6%
vaccinati con almeno una dose, nati nel 2022

PAPILLOMA VIRUS
♀ **79%** vaccinate con almeno una dose, nate dal 1996 al 2011
♂ **73,8%** vaccinati con almeno una dose, nati dal 2004 al 2011

HERPES ZOSTER 54,6%
PNEUMOCOCCO 55,2%
vaccinati con almeno una dose, nati nel 1959

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

16.1 Profilassi delle malattie infettive

L'immunizzazione rappresenta uno strumento strategico per tutelare la salute della popolazione in quanto consente di prevenire alcune malattie infettive e in particolare, gravi complicanze. In attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 la Regione del Veneto, con la Deliberazione della Giunta Regionale n.990 del 2023, rinnova la strategia di offerta vaccinale aggiornando il calendario di immunizzazione, per le diverse fasce d'età. Il PNPV descrive un'offerta vaccinale articolata con interventi mirati oltre che a fasce di età specifiche, anche a soggetti con condizioni di aumentato rischio. Per questo nella Regione del Veneto l'offerta vaccinale è articolata e prevede in particolare per i soggetti con particolari condizioni di salute una specifica presa in carico vaccinale.
I numeri che meglio descrivono l'attività vaccinale regionale sono le coperture vaccinali. Per copertura vaccinale si intende la percentuale di persone che, per età o specifica condizione, hanno ricevuto un determinato vaccino (esempio: la copertura vaccinale per il vaccino contro lo pneumococco negli adulti sopra i 65 anni indica quanti, su 100 persone di questa fascia d'età, si sono vaccinati). Pertanto, nelle pagine che seguono si riportano -a titolo esemplificativo- le coperture vaccinali regionali di specifici target per alcune tipologie di vaccino (Morbillo, Meningococco B, Papilloma Virus, Herpes Zoster e Pneumococco).
In Figura 16.1.1 viene riportata la copertura vaccinale regionale per morbillo ovvero il numero di persone residenti o domiciliate in Regione, di età 0-14 anni, vaccinate contro il morbillo. La copertura vaccinale complessiva è di 90,9% vaccinati con almeno una dose. Considerate le modalità di offerta della vaccinazione contro il morbillo, che prevede un invito a effettuare la prima dose di vaccino a 12 mesi, i nati nel 2022 -per i quali è conclusa la prima chiamata- hanno una copertura del 95,2% con una dose, quelli del 2021 e del 2020, con dato consolidato, registrano rispettivamente una copertura del 96,2% e del 96,3%.
L'offerta attiva per età nei 65enni prevede la vaccinazione contro lo pneumococco e l'herpes zoster. In Figura 16.1.4 vengono riportate le coperture vaccinali nell'adulto per Herpes Zoster calcolate a una dose per le diverse tipologie di vaccino (attenuato o ricombinante). La copertura per l'ultima coorte soggetta a chiamata attiva (nati nel 1959) è pari al 54,6%. Con riferimento invece alle coperture per pneumococco si considera l'ultima coorte soggetta a chiamata attiva (nati nel 1959), pari a 55,2%.

Figura 16.1.1 Vaccinazione per Morbillo. Numero di persone di 0-14 anni residenti o domiciliate in Veneto, per stato vaccinale. Per ciclo completo si considerano 2 dosi sino alla coorte 2018, 1 per le coorti successive. La coorte 2024 non è ancora vaccinata in quanto la chiamata attiva inizia dal 12° mese di vita.

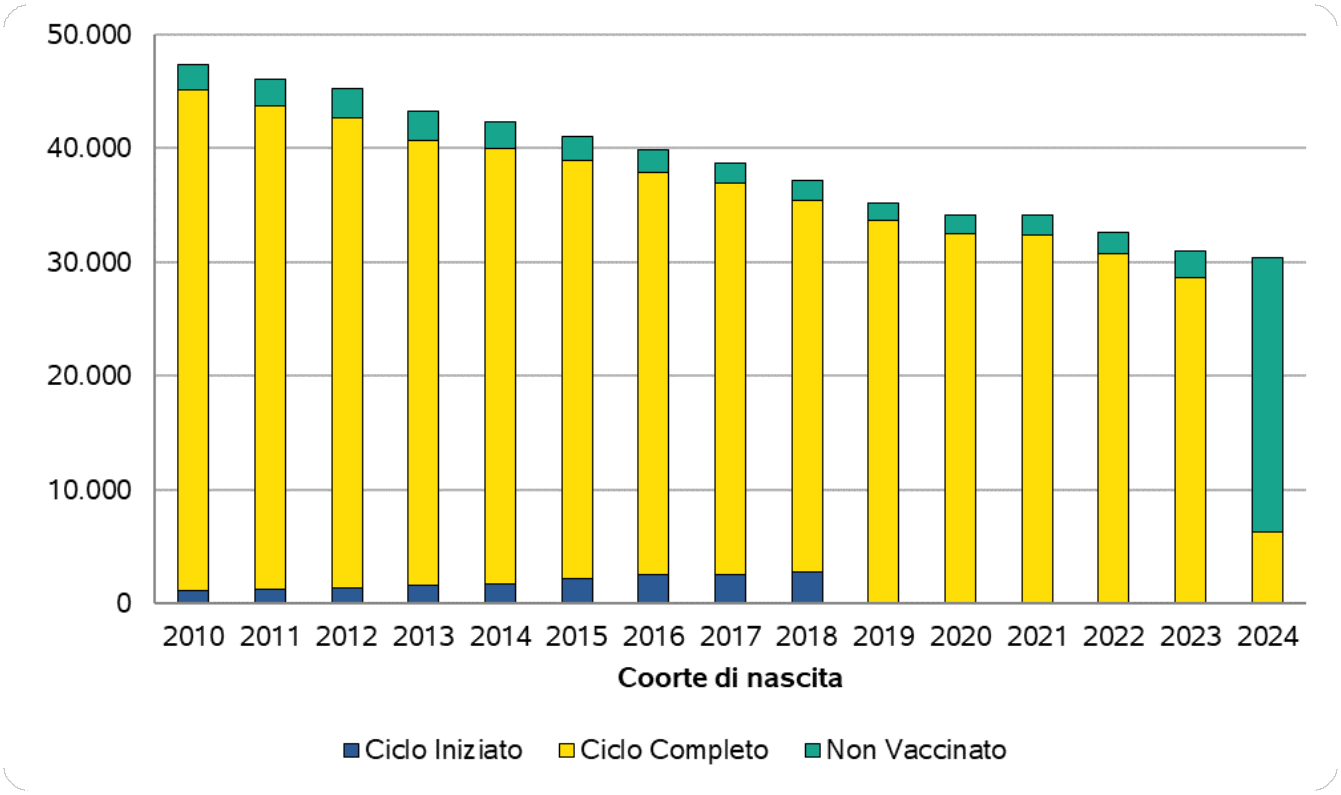


Figura 16.1.2 Vaccinazione per Meningococco B. Numero di persone, di 0-5 anni, residenti o domiciliate in Veneto, per stato vaccinale. Per ciclo completo si considerano almeno 2 dosi sino alla coorte 2023, 1 per la coorte 2024.

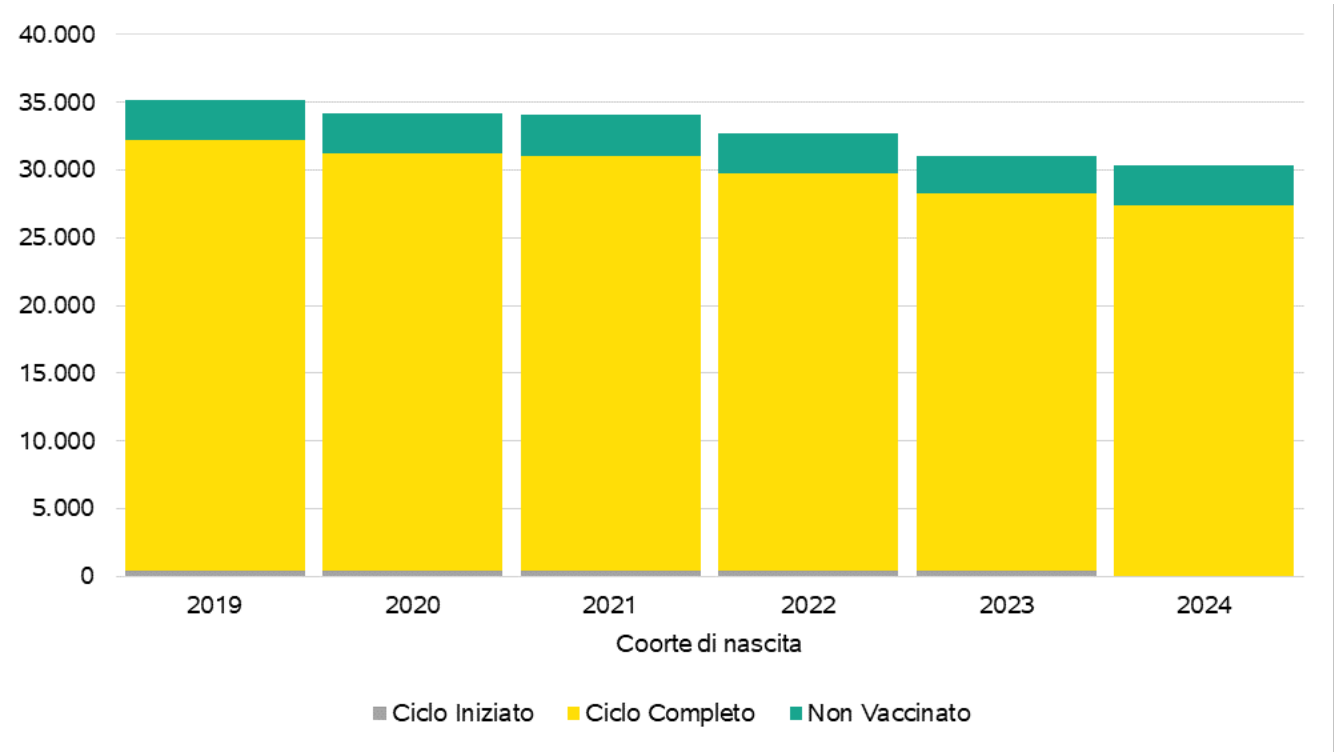


Figura 16.1.3 Vaccinazione per Papilloma virus (HPV). Copertura vaccinale per prima dose, residenti in Veneto, per sesso e anno di nascita

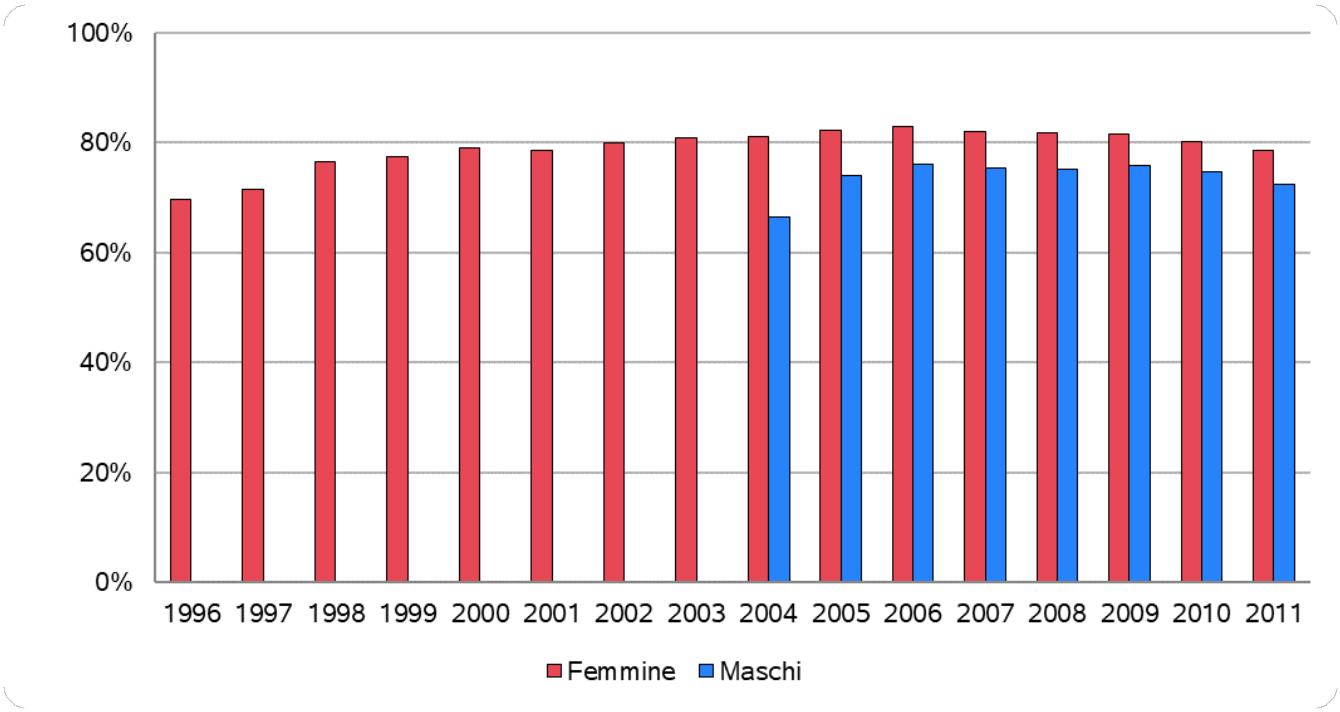
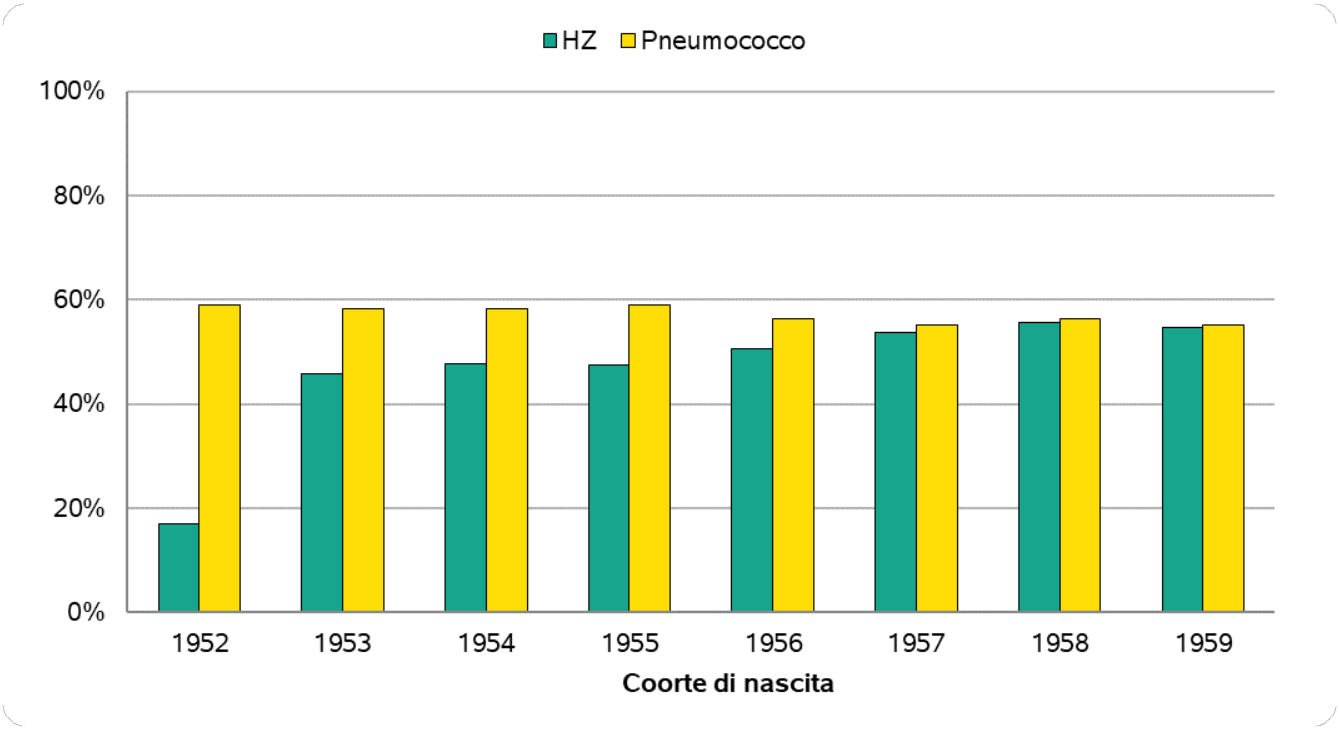


Figura 16.1.4 Vaccinazione per Herpes Zoster e Pneumococco nell'adulto. Copertura vaccinale per prima dose, residenti in Veneto, per anno di nascita



Approfondimenti

Report specifici sull'attività regionale

https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sistema-vaccinale-regionale

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria

Rio Novo - Dorsoduro 3493 - 30123 Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

041 2791352-53

16.2 Screening per il tumore della mammella

Lo screening per il tumore della mammella è un programma di diagnosi precoce del carcinoma della mammella, che, sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili, ha lo scopo di ridurre la mortalità individuando precocemente le forme tumorali, con conseguente aumento dell'efficacia delle cure e della possibilità di guarigione.
Tale screening nella Regione Veneto attualmente è offerto alle donne di età compresa tra 45 e 74 anni. La fascia di età di screening 50-69 anni, prevista a livello nazionale, nella Regione Veneto dal 2018 è stata estesa alle donne di età tra i 70 e 74 anni, e a partire dal 2025 è in fase di progressivo allargamento alla fascia 45-49 anni.
Nella Regione Veneto lo screening mammografico è attivo da oltre un ventennio e ha raggiunto elevate performance qualitative. Coinvolge annualmente circa 400.000 donne che vengono invitate attivamente dai programmi di screening delle Aziende ULSS di residenza e di domicilio. Le donne invitate partecipano con un elevato tasso di risposta a questa proposta di medicina preventiva. Nel 2024, nella Regione Veneto, il tasso di adesione si è attestato intorno al 76%, tra i più alti a livello italiano (adesione media Italiana 2023: 55,4%, adesione nella Macroarea delle regioni del Nord 2023: 62,3%).
Lo screening per il tumore della mammella è un percorso organizzato che prevede come test iniziale l'esame mammografico refertato da due medici radiologi, con letture indipendenti. In caso siano necessari ulteriori approfondimenti, è prevista la presa in carico totale e gratuita dell'utente nel percorso diagnostico e terapeutico.
L'offerta dello screening della mammella è inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che le Aziende sono tenute a fornire ai propri cittadini e viene costantemente monitorata sia a livello regionale che nazionale. Nella Regione Veneto, tale soglia, definita come raggiungimento di almeno 60% di copertura sulla popolazione eleggibile, è stata raggiunta anche nel 2024. Nelle figure 16.2.1 e 16.2.2 sono riportati rispettivamente il trend dell'indicatore di copertura e il trend del tasso di Identificazione dei tumori (Detection Rate) per Azienda ULSS. L'indicatore di copertura, presentato nella fascia 50-69 anni con il riferimento alla soglia prevista per i LEA, è disponibile per il triennio 2022-2024, mentre l'indicatore di Detection Rate, riferito alla fascia regionale 50-74 anni, è disponibile per il triennio 2021-2023 con il confronto con l'ultimo dato nazionale 2022. In tabella 16.2.1 sono riportati i principali volumi di attività del triennio 2022-24.

Nota Metodologica

Fonte Informative: Sistema Informativo Screening, dati estratti il 08/04/2025.
Indicatore di copertura dello screening: proporzione di soggetti aderenti in rapporto alla popolazione eleggibile, calcolato per le donne in fascia 50-69 per rendere possibile il confronto con la soglia LEA.
Detection Rate per cancro: rapporto fra il numero di donne con cancro identificato allo screening e il numero di donne sottoposte a screening.

Figura 16.2.1 Indicatore di copertura dello screening della mammella per la fascia d'età 50-69 anni, nel triennio 2022-2024, per Azienda ULSS e dato complessivo regionale, con riferimento della soglia LEA

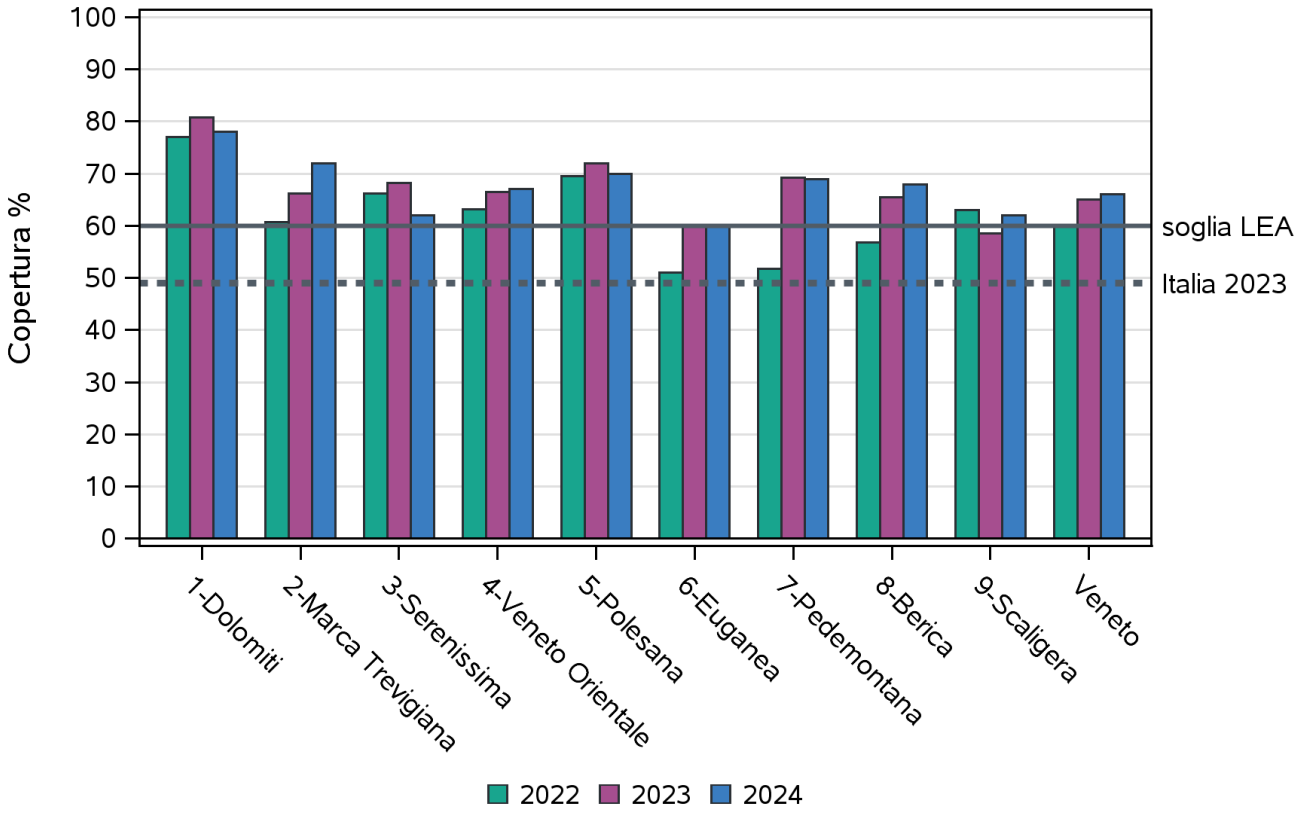


Figura 16.2.2 Detection rate per cancro per la fascia d'età 50-74 anni, nel triennio 2021-23, per Azienda ULSS e media regionale; confronto con l'ultimo valore italiano disponibile (2022)

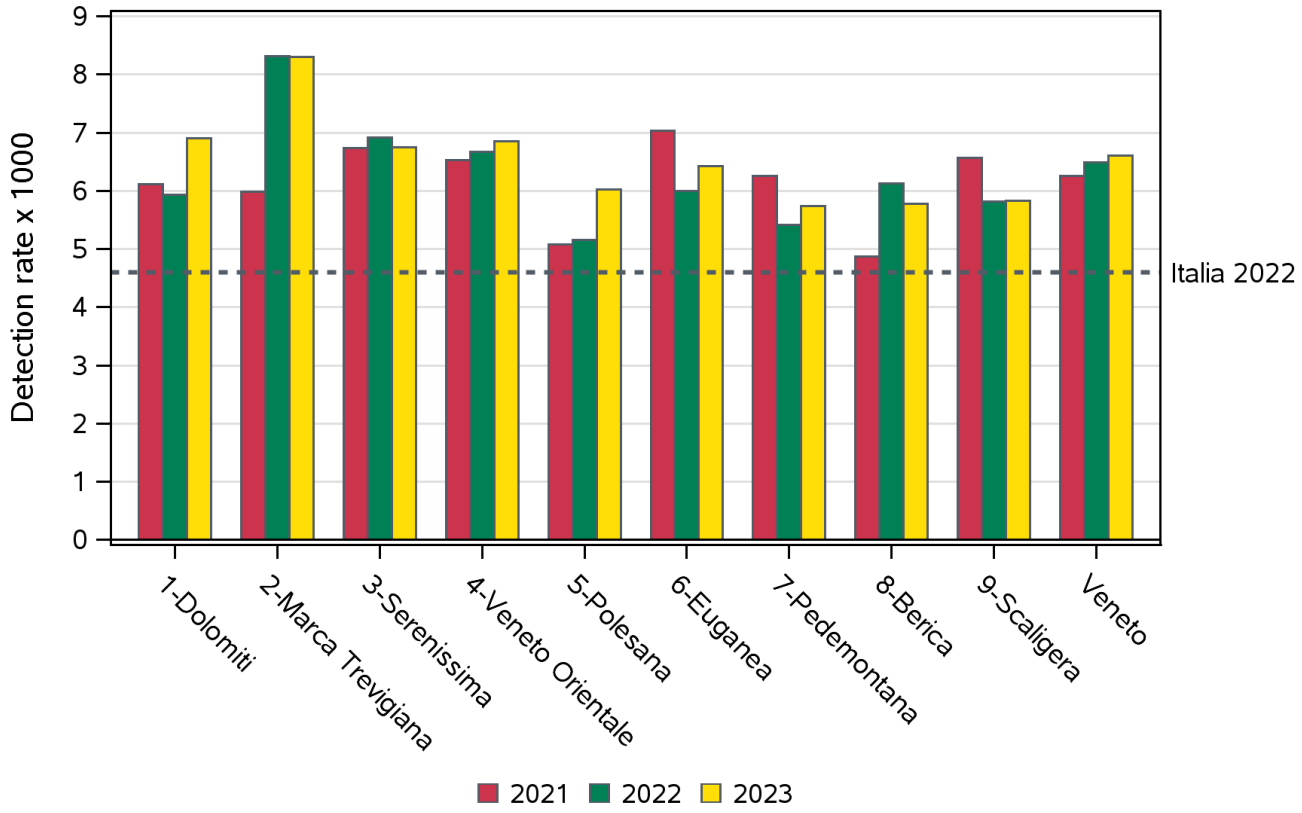


Tabella 16.2.1 Volumi di attività screening della mammella per la fascia 50-74 anni, triennio 2022-24, dato complessivo regionale

	SCR della mammella		
	2022	**2023**	**2024**
Popolazione Target annuale 50-74 aa	435.061	438.305	443.407
Donne invitate	370.857	390.493	410.128
Adesione corretta all'invito (%)	75,2%	76,9%	76,1%
Donne sottoposte a screening (1° livello)	255.150	274.114	275.916
Tasso di positività primo livello (%)	5,8%	5,4%	4,9%
Donne inviate ad approfondimento	14.843	14.904	13.428
Carcinomi diagnosticati*	1.654	1.810	1.827

*stima 2024 calcolata sulla base del tasso di identificazione 2023 (ultimo dato disponibile)

Approfondimenti

Portale Regione Veneto Screening Oncologici

https://www.regione.veneto.it/web/sanita/screening-oncologici1

Infografiche regionali Screening Oncologici

https://www.azero.veneto.it/-/screening-oncologici-le-infografiche-del-veneto

Per maggiori informazioni

UOC Screening - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J.Avanzo, 35 - 35132 - Padova

screening@azero.veneto.it

0498778426

16.3 Screening per il tumore della cervice uterina

Lo screening del tumore della cervice uterina è un programma di prevenzione e di diagnosi precoce rivolto alla popolazione femminile in fascia d'età 25 – 64 anni.
In particolare, alle donne di età compresa fra i 25 e i 29 anni viene proposto il Pap test con cadenza triennale, mentre alle donne di età compresa tra i 30 e i 64 anni viene offerto il test HPV con cadenza quinquennale.
Inoltre, alla luce della protezione associata all'offerta attiva della vaccinazione nel corso del 12° anno di età, che riduce sensibilmente il rischio di sviluppare lesioni nelle giovani donne, dal 2021 il programma di screening cervicale della Regione Veneto è stato rimodulato prevedendo, per le donne che hanno eseguito la vaccinazione con almeno due dosi di vaccino anti-HPV entro il quindicesimo anno di età, il posticipo dell'entrata allo screening al compimento dei 30 anni. In considerazione dell'elevato tasso di vaccinazione anti-HPV e del fatto che dal 2018 è stata ultimata la transizione al test HPV, nel 2024 il 92,2% delle donne sottoposte a screening nella Regione Veneto hanno effettuato l'HPV test come test di primo livello

Nel corso del 2024, 166.720 donne hanno aderito allo screening della cervice uterina e 7.058 sono state inviate ad eseguire una colposcopia di approfondimento.
Lo screening cervicale permette non solo di diagnosticare precocemente lesioni trattabili con interventi poco invasivi, ma consente di individuare le donne che, pur non presentando ancora delle alterazioni cellulari hanno un rischio maggiore di svilupparle, perché risultano positive al test HPV.
Il programma assicura la presa in carico totale e gratuita dei soggetti che risultano positivi al test di screening.
Al fine di agevolare l'adesione all'invito di screening, le ULSS invitano attivamente sia le donne residenti che le domiciliate nel proprio bacino di riferimento.

Nella figura 16.3.1 è riportato il trend dell'indicatore di copertura per Azienda ULSS e il dato regionale nel triennio 2022-2024. In questo periodo tutte le Aziende ULSS superano la soglia definita dai LEA pari al 50%.
Nella figura 16.3.2 è riportato il trend del tasso di Identificazione complessivo dei tumori (Detection Rate) per le donne screenate con test HPV nel triennio 2020-2022 per Azienda ULSS e il dato regionale. Questo indicatore si definisce complessivo perché tiene conto sia delle lesioni identificate dalla colposcopia eseguita nelle donne con test HPV positivo e con Pap test positivo sullo stesso campione (definito Pap test di triage), che delle lesioni identificate nei 12 mesi successivi alla data dello screening.
Il tasso di identificazione dei tumori nei percorsi di screening è influenzato sia dall'incidenza dei tumori nella popolazione, dalla storia dei percorsi di screening avviati nella Regione e dalla partecipazione nel tempo dei soggetti. L'identificazione e il trattamento di lesione pre-tumorali, nonché l'impiego di test molto sensibili, portano ad una riduzione dell'incidenza di nuovi tumori.

In tabella 16.3.1 sono riportati i principali volumi di attività del triennio 2022-24.

Nota Metodologica

Fonte Informative: Sistema Informativo Screening, dati estratti il 08/04/2025.
Indicatore di copertura dello screening: proporzione di soggetti aderenti in rapporto alla popolazione eleggibile.
Detection Rate complessiva per lesioni precancerose CIN2+: numero di donne con lesione precancerosa CIN2+ in rapporto al numero di donne sottoposte a screening. In questo indicatore vengono tenute in considerazione anche eventuali lesioni identificate nei 12 mesi successivi alla data dello screening.

Figura 16.3.1 Indicatore di copertura dello screening della cervice, del triennio 2022-2024, per Azienda ULSS e dato complessivo regionale, con riferimento della soglia LEA

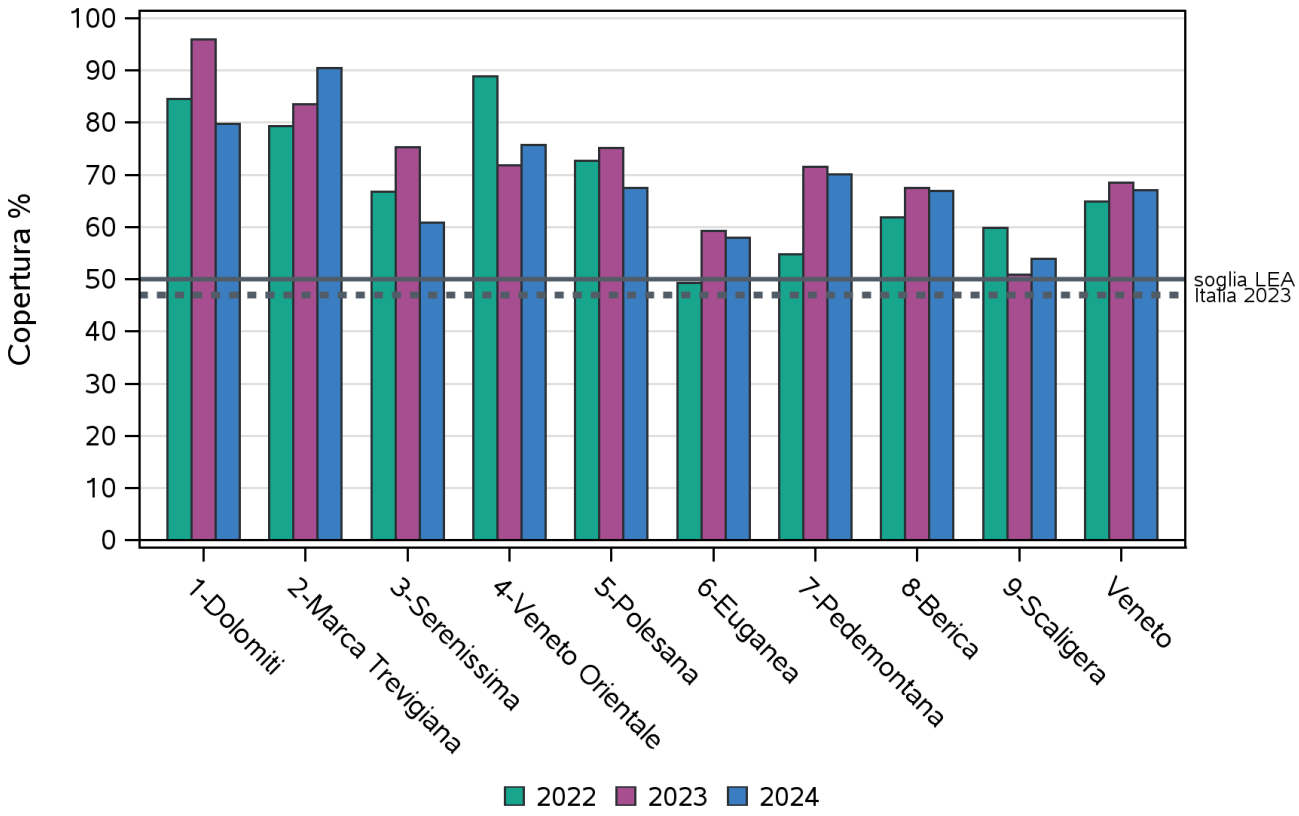


Figura 16.3.2 Detection rate complessiva per lesioni precancerose CIN2+ per le coorti di donne sottoposte a screening con test HPV (30-64 anni) nel triennio 2020-22, per Azienda ULSS e dato regionale, con riferimento all'ultimo valore italiano (2021)

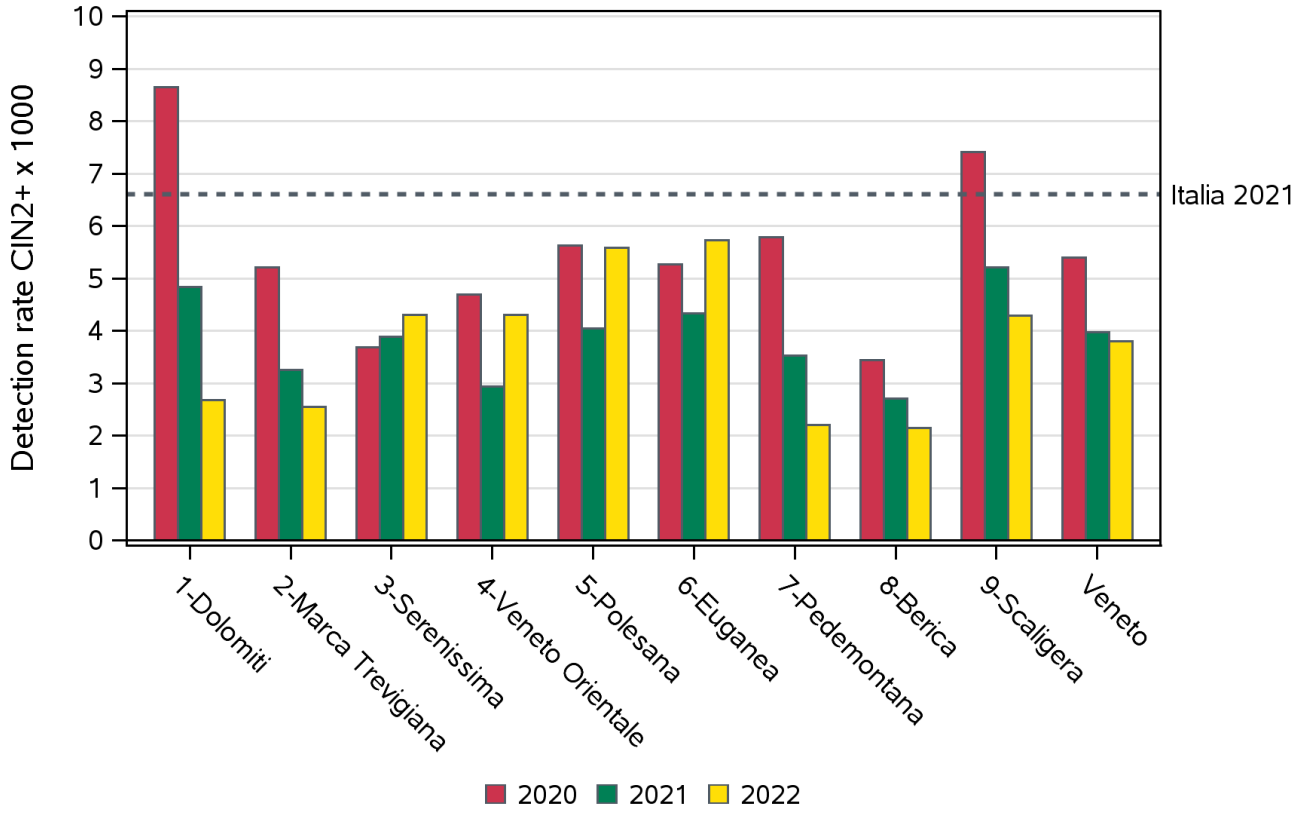


Tabella 16.3.1 Volumi di attività screening cervice uterina triennio 2022-24, dato complessivo regionale

	SCR della cervice uterina		
	2022	**2023**	**2024**
Donne Invitate 25-64 aa	327.340	306.246	321.211
Adesione corretta all'invito (%)	57%	62%	57%
Donne sottoposte a screening (1° livello)	168.543	170.627	166.720
Donne inviate ad approfondimento	7.634	7.223	7.058
Lesioni CIN2+ diagnosticate *	727	639	630

*stima 2024 calcolata sulla base del tasso di identificazione 2023 (ultimo dato disponibile)

Approfondimenti

Portale Regione Veneto Screening Oncologici

https://www.regione.veneto.it/web/sanita/screening-oncologici1

Infografiche regionali Screening Oncologici

https://www.azero.veneto.it/-/screening-oncologici-le-infografiche-del-veneto

Per maggiori informazioni

UOC Screening - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J.Avanzo, 35 - 35132 - Padova

screening@azero.veneto.it

0498778426

16.4 Screening per il tumore del colon-retto

Il tumore del colon retto rappresenta, in Italia, la terza neoplasia negli uomini e la seconda nelle donne (Rapporto "I numeri del cancro in Italia 2024").
L'attività di screening ha un impatto significativo nella diagnosi precoce di questo tumore, contribuendo a ridurre la mortalità specifica per questa patologia, e a migliorare le percentuali di guarigione e la sopravvivenza delle persone che ne vengono colpite.
Nel 2024 sono proseguite le attività di invito allo screening del colon-retto e di presa in carico dei soggetti che necessitano di approfondimento per la fascia 50-69 anni. In aggiunta, le Aziende ULSS della Regione Veneto hanno iniziato la fase di ampliamento dell'offerta per questo screening alla popolazione in fascia 70-74 anni, come previsto da DGR n.98 del 12/02/2024, che prevede il completamento dell'estensione per l'intera fascia entro il 2029.
Nel corso del 2024, 423.635 soggetti in fascia 50-69 anni, hanno eseguito un test del sangue occulto all'interno dei programmi di screening, di cui 15.533 sono stati invitati a eseguire una colonscopia di approfondimento a seguito della positività del test. Per quanto riguarda la fascia 70-74, complessivamente a livello regionale sono state invitate a eseguire il test del sangue occulto 21.639 persone, di cui 13.685 hanno aderito all'invito.
Nel corso del 2024 è continuata la collaborazione con le Farmacie del territorio per la promozione di questo screening, che complessivamente vede coinvolte 1.339 farmacie (circa l'89% delle farmacie presenti in Veneto), distribuite in tutto il territorio regionale. L'accordo di collaborazione, prorogato fino al 28.02.2025, è stato poi rinnovato per altri due anni, fino al 28.02.2027.
Nel 2024 la soglia del 50% di copertura fissata per il monitoraggio dei LEA (cioè il rapporto tra aderenti all'offerta di screening e popolazione eleggibile) è stata raggiunta da tutte le Aziende ULSS e si colloca su valori molto elevati, confermando il gradimento e l'elevato livello di fidelizzazione posto dagli utenti verso questa misura preventiva.
Nella figura 16.4.1 è riportato il trend dell'indicatore di copertura presentato con il riferimento alla soglia prevista per i LEA per il triennio 2022-2024. Nelle figure 16.4.2 e 16.4.3 sono riportati i valori della detection rate (DR), rispettivamente per cancro e adenoma avanzato, nell'ultimo triennio disponibile 2021-2023 con il confronto nazionale 2022.
Il tasso di identificazione dei tumori nei percorsi di screening è influenzato sia dall'incidenza dei tumori nella popolazione, dalla storia dei percorsi di screening avviati nella Regione e dalla partecipazione nel tempo dei soggetti. La bonifica di lesioni precancerose nello screening porta nel tempo ad una riduzione di identificazione di tumori.
In tabella 16.4.1 sono riportati i principali volumi di attività del triennio 2022-24 per la fascia 50-69 anni.

Nota Metodologica

Fonte Informative: Sistema Informativo Screening, dati estratti il 08/04/2025.
Indicatore di copertura dello screening: proporzione di soggetti aderenti in rapporto alla popolazione eleggibile.

Detection Rate: rapporto tra le lesioni (distintamente per cancro e adenoma avanzato) identificate allo screening e i soggetti sottoposti a screening.

Figura 16.4.1 Indicatore di copertura dello screening del colon-retto per la fascia 50-69 anni, del triennio 2022-2024, per Azienda ULSS e dato complessivo regionale, con riferimento della soglia LEA

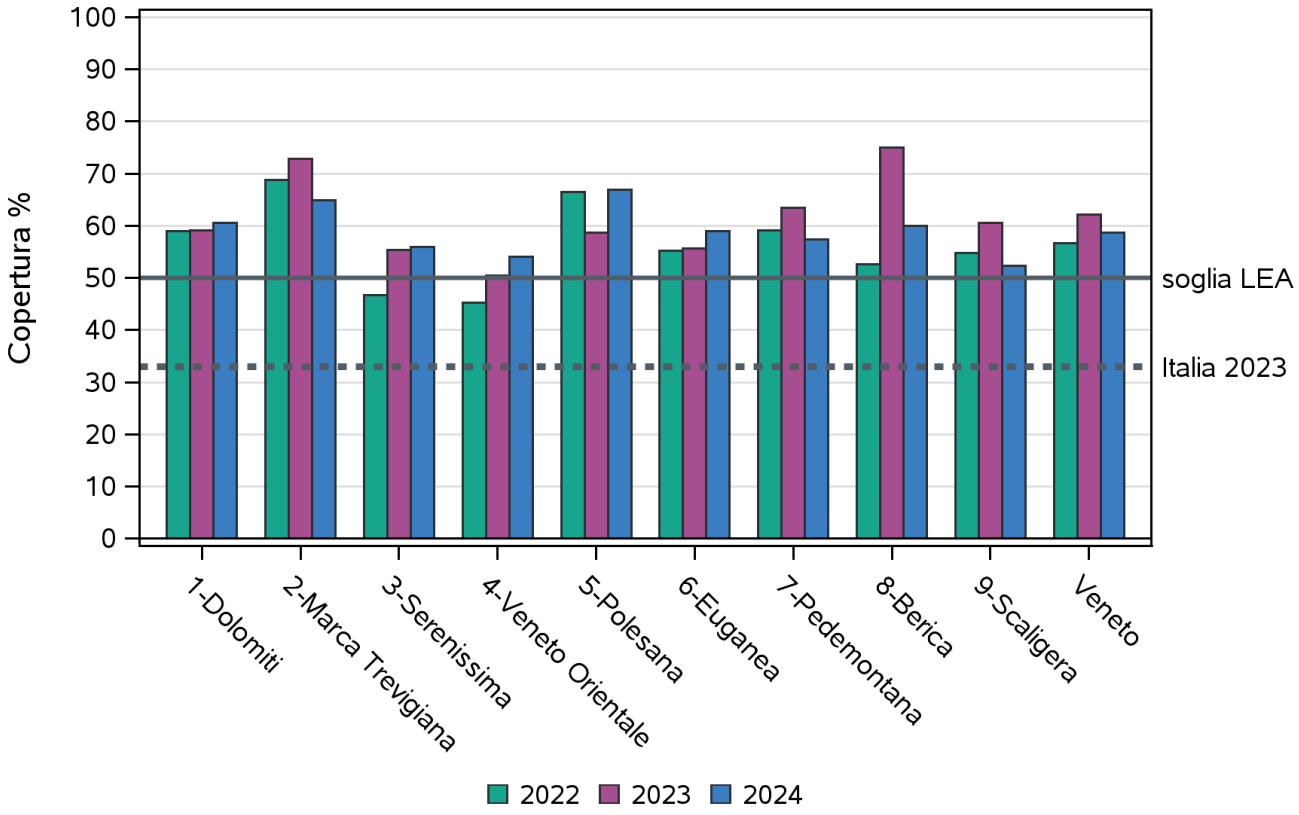


Figura 16.4.2 Detection Rate (DR) per cancro per i soggetti screenati nel triennio 2021-23, per Azienda ULSS, e dato complessivo regionale, con riferimento all'ultimo valore italiano disponibile (Italia 2022)

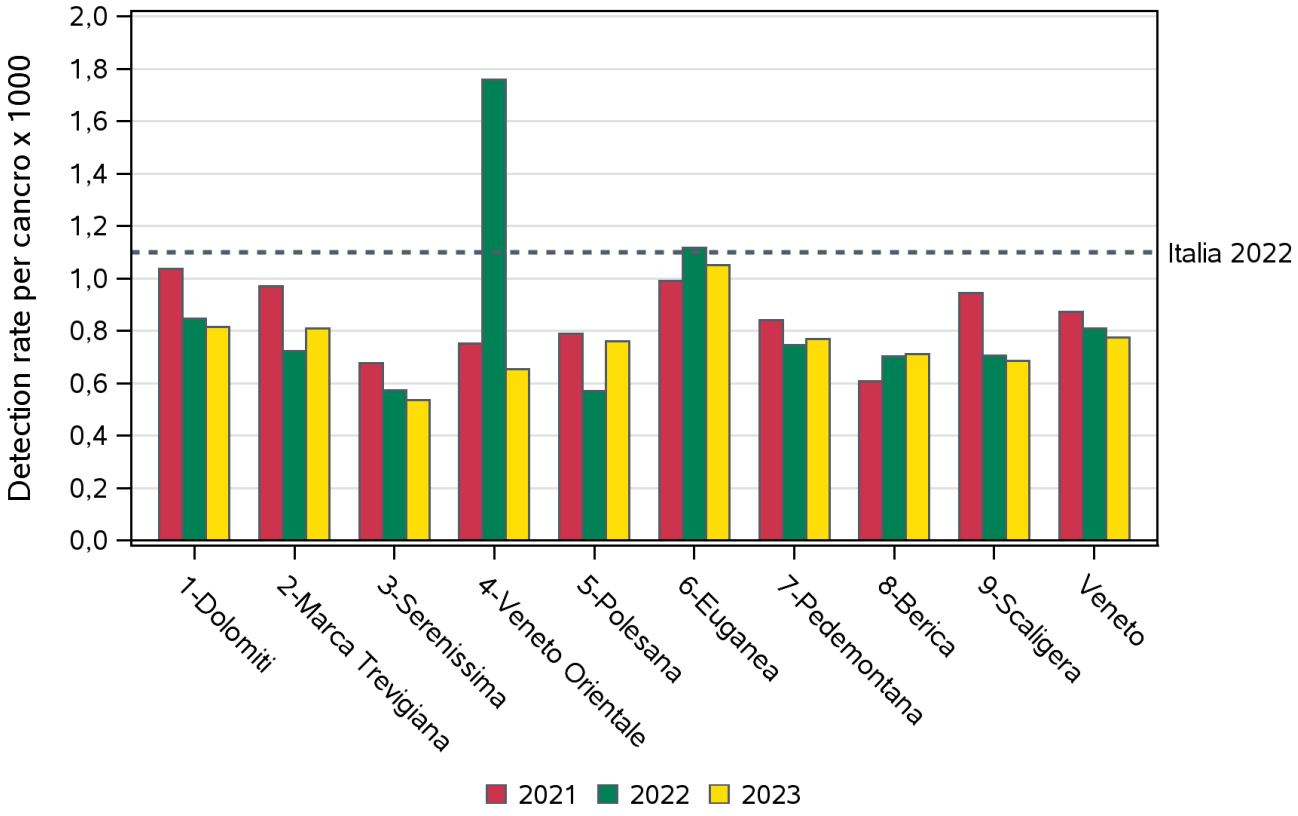


Figura 16.4.3 Detection Rate (DR) per adenoma avanzato per i soggetti screenati nel triennio 2021-23, per Azienda ULSS, e dato complessivo regionale, con riferimento all'ultimo valore italiano disponibile (Italia 2022)

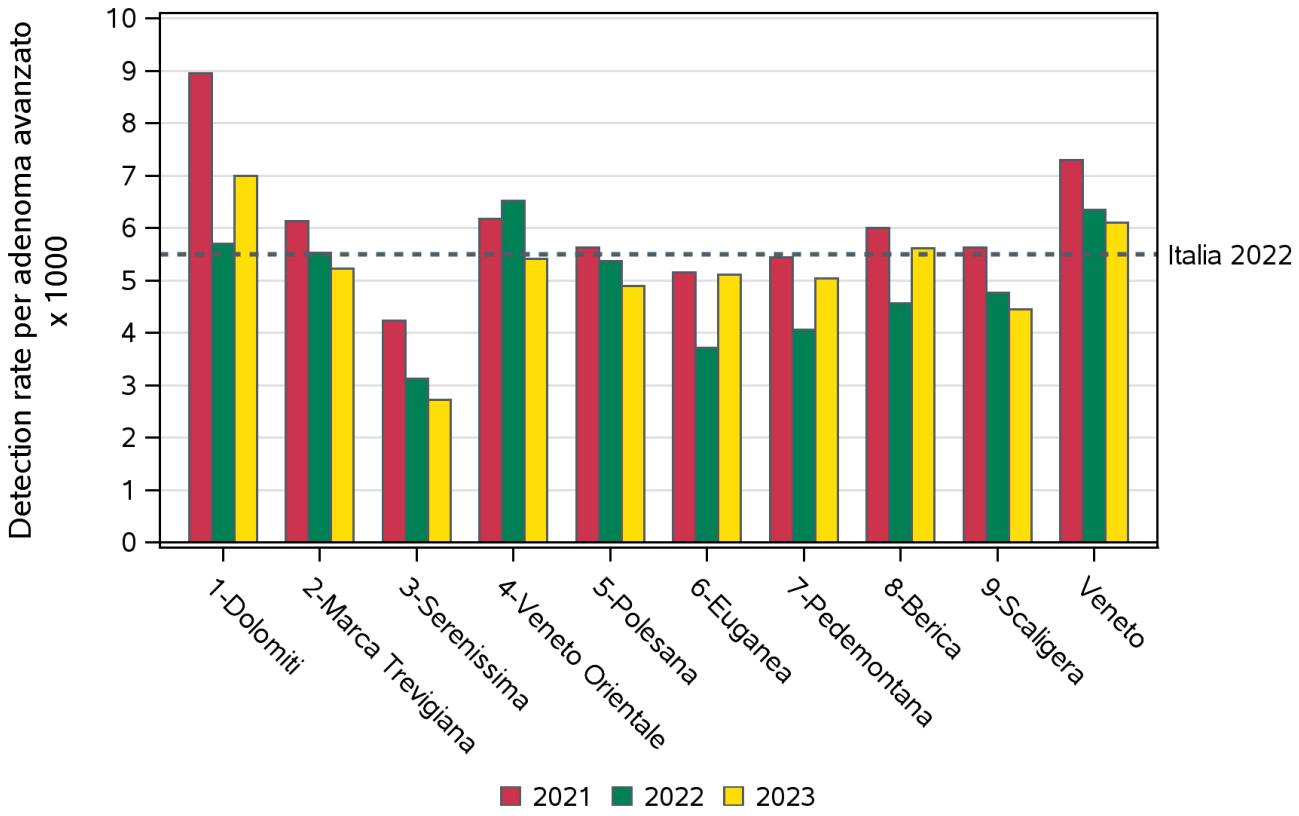


Tabella 16.4.1 Volumi di attività screening colorettale triennio 2022-24, Regione Veneto

	SCR del colonretto		
	2022	**2023**	**2024**
Popolazione Target annuale 50-69 aa	719.739	730.740	740.237
Soggetti Invitati	610.658	658.484	660.627
Adesione corretta all'invito (%)	63,1%	64,2%	61,5%
Soggetti sottoposti a screening (1° livello)	400.675	424.524	423.635
Tasso di positività primo livello (%)	4,0%	3,7%	3,6%
Soggetti inviati ad approfondimento	15.934	15.887	15.533
Adenomi Avanzati diagnosticati*	2.541	2.590	2.615
Carcinomi diagnosticati*	324	329	320

*stima 2024 calcolata sulla base del tasso di identificazione 2023 (ultimo dato disponibile)

Approfondimenti

Portale Regione Veneto Screening Oncologici

https://www.regione.veneto.it/web/sanita/screening-oncologici1

Infografiche regionali Screening Oncologici

https://www.azero.veneto.it/-/screening-oncologici-le-infografiche-del-veneto

Per maggiori informazioni

UOC Screening - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J.Avanzo, 35 - 35132 - Padova

screening@azero.veneto.it

0498778426

16.5 Screening per l'epatite C (HCV)

Lo screening gratuito per l'epatite C, che per la popolazione generale è stato attivato in Veneto a partire dal 16 maggio 2022, si inserisce in un progetto nazionale che ha come obiettivo quello di rilevare le infezioni da HCV ancora non diagnosticate per garantire la possibilità di un trattamento farmacologico precoce e altamente efficace, ed interrompere la circolazione del virus.
Lo screening è rivolto alla popolazione generale nata tra il 1969 e il 1989 e a popolazioni a maggior rischio di patologia tra cui i soggetti detenuti in carcere e i soggetti seguiti dai Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.), per i quali non sono previsti limiti di età. Per la popolazione generale lo screening prevede la ricerca degli anticorpi anti HCV effettuata su prelievo venoso e, al fine di favorire la partecipazione dei cittadini, sono state attivate diverse modalità di offerta. Nel corso del 2024, le Aziende ULSS hanno concluso l'attività di sollecito attivo all'invito, già iniziata nel 2023, per la coorte di soggetti nati tra il 1969 e il 1989. Per le popolazione speciali di SerD e Carceri, lo screening prevede la ricerca degli anticorpi anti HCV su sangue intero o, su scelta delle Aziende ULSS, tramite test rapidi su sangue capillare o su campione salivare, in modo da agevolare la partecipazione dei soggetti interessati. Dai report di monitoraggio aziendali si evidenzia che le aziende ULSS hanno utilizzato anche per i soggetti seguiti dai SerD e per i detenuti prevalentemente il test su prelievo venoso. Per gli utenti risultati positivi al test di primo livello, è previsto un successivo test di conferma per la ricerca dell'infezione attiva. In caso di positività accertata del virus HCV, viene attivato un percorso gratuito di presa in carico per tutti gli approfondimenti necessari e per la terapia. Lo screening HCV viene costantemente monitorato sia a livello regionale che nazionale. I dati riportati nella tabella 16.5.1 riassumono i dati ed i principali indicatori dell'attività relativi alla popolazione generale della Regione Veneto, dal 16.05.2022 al 31.12 2024. In tabella 16.5.2 sono riportati i dati della Regione Veneto relativi alle popolazioni speciali, dal 01.01.2021 al 31.12.2024.
Si segnala che gli indicatori relativi al percorso di presa in carico dei soggetti necessitano di un tempo maggiore per essere consolidati e pertanto potrebbero essere soggetti ad aggiornamento.

Nota Metodologica

Fonte dati: monitoraggio ministeriale al 31.12.2024, data rilevazione 15.01.2025.

Tabella 16.5.1 Principali volumi di attività ed indicatori dello screening HCV sulla popolazione generale (coorte 1969-89), periodo di analisi 16.5.2022-31.12.2024

		Pop. Generale - nati negli anni 1969-1989
N. soggetti	**appartenenti alla popolazione target**	1.401.968
	esclusi	12.282
	invitati al test di screening	1.389.686
	che hanno effettuato il test di screening	357.704
	positivi al test di screening	2.310
	che hanno effettuato il test di conferma (HCV-RNA)	2.206
	con infezione attiva da HCV	528
	con infezione attiva da HCV inviati a centri di cura specialistici	471
	con infezione attiva da HCV che hanno effettuato visita specialistica	434
	che hanno iniziato un trattamento terapeutico	397
Tasso %	**Estensione**	96,7%
	Adesione al test di screening	26,6%
	Positività al test di screening	0,6%
	Adesione al test di conferma	95,5%
	Positività al test di conferma	23,9%
	Soggetti con infezione attiva avviati al trattamento	75,2%
Tasso ‰	**Detection rate**	1,48‰

Tabella 16.5.2 Principali volumi di attività ed indicatori dello screening HCV sulle popolazioni speciali SerD e carceri, periodo 01.01.2021 – 31.12.2024

		Popolazione SerD	Popolazione Carceri
N. soggetti	appartenenti alla popolazione target	33.086	12.057
	esclusi dall'invito	3.868	943
	invitati	26.615	11.114
	testati per test di ricerca anticorpi anti HCV	11.868	8.472
	positivi al test di ricerca anticorpi anti HCV	2.255	653
	che hanno effettuato il test di conferma (HCV-RNA)	2.167	631
	positivi al test di conferma (HCV-RNA)	990	286
	che hanno effettuato test HCV RNA come test di I livello	1.638	0
	positivi al test HCV RNA come test di I livello	179	0
	totale soggetti con infezione attiva da HCV	1.169	286
	con infezione attiva da HCV inviati a centri di cura specialistici	1.062	243
	con infezione attiva da HCV che hanno effettuato visita specialistica	1.004	240
	che hanno iniziato un trattamento terapeutico	917	204
Tasso %	Estensione	91,1%	100%
	Adesione al test di screening	50,7%	76,2%
	Positività al test di screening	19,0%	7,7%
	Adesione al test di conferma	96,1%	96,6%
	Positività al test di conferma	45,7%	45,3%
	Soggetti con infezione attiva avviati al trattamento	78,4%	71,3%
Tasso ‰	Detection rate	86,6‰	33,8‰

Per maggiori informazioni

UOC Screening - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J.Avanzo, 35 - 35132 - Padova

screening@azero.veneto.it

0498778426

16.6 Ambiente e salute

Nel percorso di consolidamento del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), si sono registrati importanti cambiamenti a livello nazionale negli organigrammi del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità. Tale sistema nasce nel 2022 con l'obiettivo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal SSN per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici, e delle zoonosi tramite l'applicazione dell'approccio integrato «one-health» (art. 27 del D.L. n. 36 del 30.04.2022, convertito con L. n. 79 del 29.06.2022), ponendo le basi per un dialogo sistematico con l'omologa struttura SNPA - Sistema Nazionale Protezione Ambiente, composta da ISPRA e dalle Agenzie regionali ambientali.
Parallelamente, il Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) del Veneto, istituito con la DGR n. 203 del 28.02.2023, ha proseguito l'attività sulle prime linee di programmazione adottate dalla Giunta in particolare sull'implementazione del D. lgs. 18/2023 sulle acque destinate al consumo umano e contestualmente ad individuare tutti gli emendamenti da sottoporre al Ministero della Salute per la revisione del decreto stesso. La Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, coordinamento strategico SRPS, in collaborazione con la Direzione ICT e Agenda Digitale, ha inoltre avviato i lavori per la costituzione di un sistema informativo a supporto dell'SRPS. Questo è stato identificato nella piattaforma digitale denominata Veneto Data Platform che nasce con lo scopo di generare valore dall'interconnessione di dati provenienti da diversi domini. Nel 2024 hanno preso avvio gli assessment agli Enti SRPS, finalizzati ad approfondire la conoscenza del patrimonio informativo già esistente al fine del successivo sviluppo di indicatori complessi. L'altra importante novità è stata l'individuazione della materia salute e igiene pubblica nei procedimenti di valutazione di impatto ambientale (L.R. 12/2024), e la conseguente nomina della Direzione Prevenzione quale componente del Comitato VIA a partire dal 2025. Questo costituisce l'opportunità per il sistema regionale per l'attivazione di un nucleo di personale specializzato, incardinato nella sanità, che operi sui procedimenti di autorizzazione ambientale al fianco delle strutture finora deputate al rilascio dei pareri.
Nell'ambito dei progetti del Piano Nazionale degli investimenti Complementari al PNRR (PNC), la Regione del Veneto nel 2024 ha implementato ulteriormente le attività delle linee di intervento 1.1, 1.2 e 1.4:
- "Rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata": si sono concluse le acquisizioni dei fabbisogni in Priorità 2 per un totale di euro 11.504.451,29;
- "Valutazione dell'esposizione di popolazione agli inquinanti organici persistenti, metalli e PFAS ed effetti sanitari, con particolare riferimento alle popolazioni più suscettibili", denominato "InSinergia", destinatario di euro 24.755.500, in cui la Regione del Veneto è capofila;
- "Messa a punto e valutazione di efficacia di interventi di prevenzione primaria e secondaria per ridurre l'impatto sanitario delle patologie attribuibili all'ambiente e le diseguaglianze sociali",

denominato “Sintesi”, destinatario di euro 24.755.500, di cui euro 300.000 assegnati alla Regione del Veneto;
- “Valutazione dell'esposizione e della salute secondo l'approccio integrato One Health con il coinvolgimento delle comunità residenti in aree a forte pressione ambientale in Italia”, denominato “One Health Citizen Science”, destinatario di euro 2.100.000, in cui la Regione del Veneto è capofila;
- “Aria outdoor e salute: un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca", destinatario di euro 2.100.000, di cui euro 40.000 assegnati alla Regione del Veneto.

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria

Rio Novo - Dorsoduro 3493 - 30123 Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

041 2791352-53

16.7 Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro

La Regione del Veneto interviene nel campo della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro con compiti di programmazione, indirizzo e monitoraggio, mentre l'attuazione sul territorio della programmazione regionale e la vigilanza sull'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ai sensi del D.Lgs. 81/2008 è mandato istituzionale delle Aziende ULSS competenti per territorio, per il tramite dei rispettivi Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL).
Nel 2024 sono state controllate 11.799 imprese (+454 imprese rispetto all'obiettivo nazionale); 7 Aziende ULSS (su 9 totali) hanno raggiunto o superato la soglia minima richiesta di imprese sottoposte a controllo (Figura 16.7.1).
In Figura 16.7.2 viene rappresentato l'andamento delle sanzioni SPISAL introitate dal 2009 al 2024, nell'ultimo anno la Regione Veneto ha introitato € 5.369.023,61.

Nel 2024 è stato attuato il PMP riguardante il settore della Silice e Pietre Artificiali, avviato nel 2023 in seguito all'evidenza di un numero anomalo di casi di silicosi imputabili a esposizioni a silice cristallina in aziende di tale settore. Le 208 imprese coinvolte hanno compilato una check-list, in seguito restituita ai Servizi SPISAL. Le imprese che dichiarano di utilizzare nel ciclo produttivo le pietre artificiali (Figura 16.7.3), sono localizzate prevalentemente nei territori della ULSS 6 Euganea (90,0%), ULSS 7 Pedemontana (85,7%), ULSS 9 Scaligera (82,4%) e ULSS 2 Marca Trevigiana (63,5%).
Il Piano Mirato di Prevenzione in Edilizia (PMP07) è frutto del lavoro del Gruppo Tematico Regionale Edilizia (GTRE) al quale partecipano gli SPISAL delle Aziende ULSS del Veneto, gli Ordini e i Collegi professionali unitamente alle Parti Sociali in rappresentanza del Comitato Regionale di Coordinamento. Obiettivo del PMP07 è sviluppare azioni volte al miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro nei cantieri temporanei e mobili, puntando alla valorizzazione del ruolo delle professioni tecniche, tenendo in considerazione i rapporti sia con i committenti, sia con le imprese, per l'apporto fondamentale che le stesse sono chiamate a fornire nel garantire adeguate condizioni di tutela nella progettazione e realizzazione delle opere edili e di ingegneria civile. Nel 2024 sono stati inviati 1.274 questionari (Figura 16.7.4) con una percentuale di risposta pari al 74%.
Inoltre, nel corso del 2024 sono stati predisposti gli strumenti per l'attuazione del PMP in Agricoltura (documento di autovalutazione per le imprese e check-list da restituire) e si sono tenuti i seminari provinciali di presentazione del Piano, che ha visto coinvolte oltre 450 imprese agricole, 100 tra consulenti, RSPP, RLS e rappresentanti delle associazioni di categoria nonché oltre 150 tra studenti e insegnanti degli istituti agrari.

Figura 16.7.1 Indice di copertura e obiettivo nazionale, confronto tra Aziende ULSS, Veneto, 2024

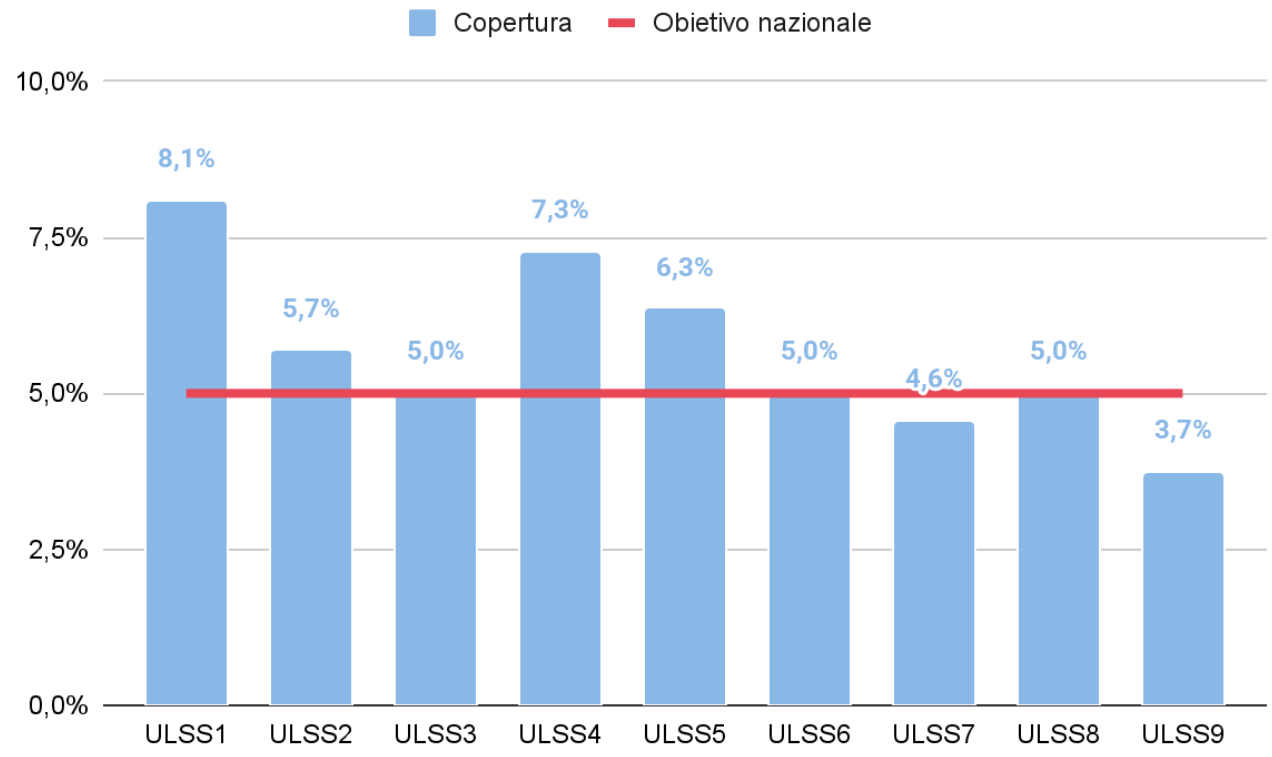


Figura 16.7.2 Ammontare delle sanzioni comminate dagli SPISAL. Veneto, 2009 - 2024

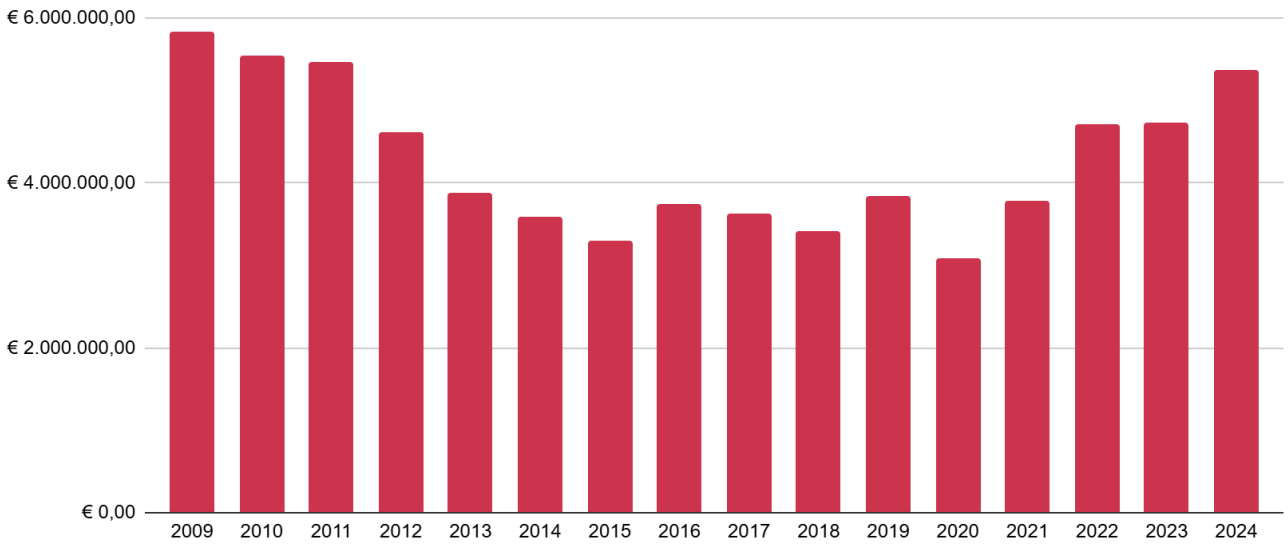


Figura 16.7.3 PMP Silice e Pietre Artificiali: percentuale di utilizzo delle Pietre Artificiali (P.A.) nelle aziende del settore, per Azienda ULSS. Veneto, 2024

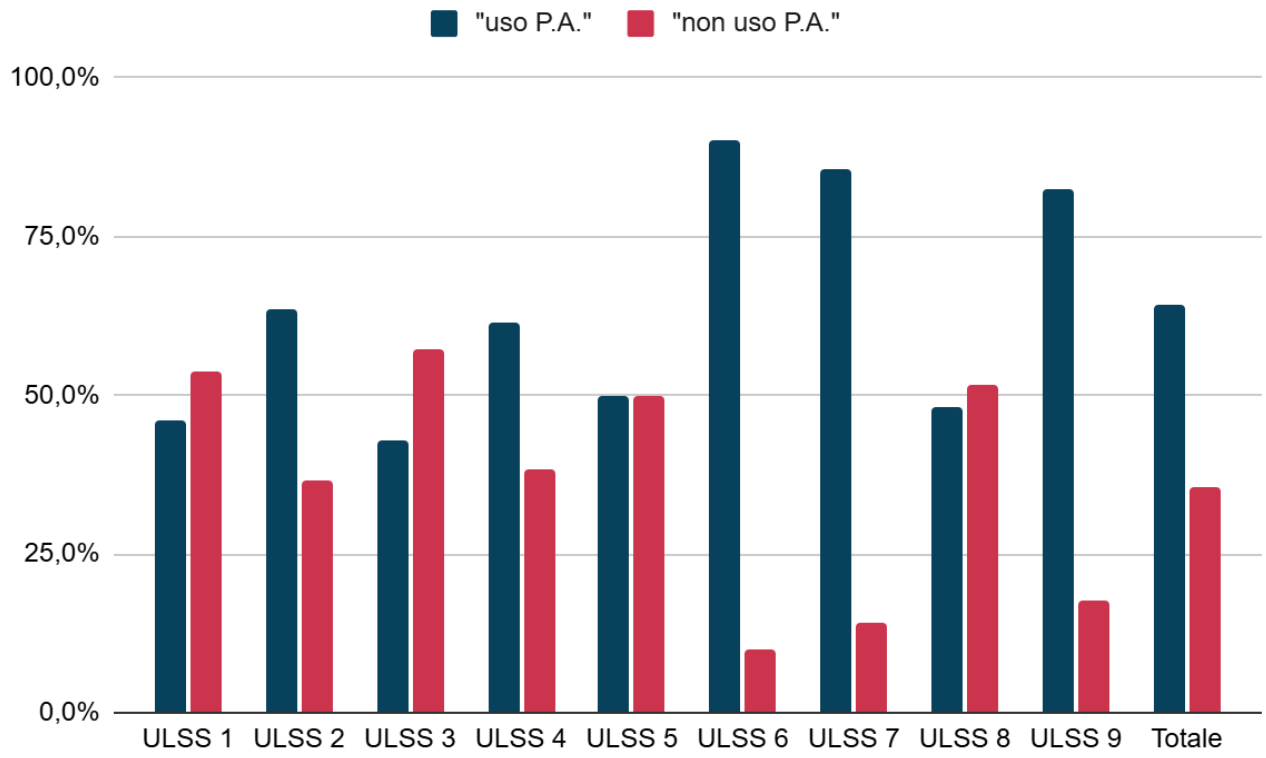
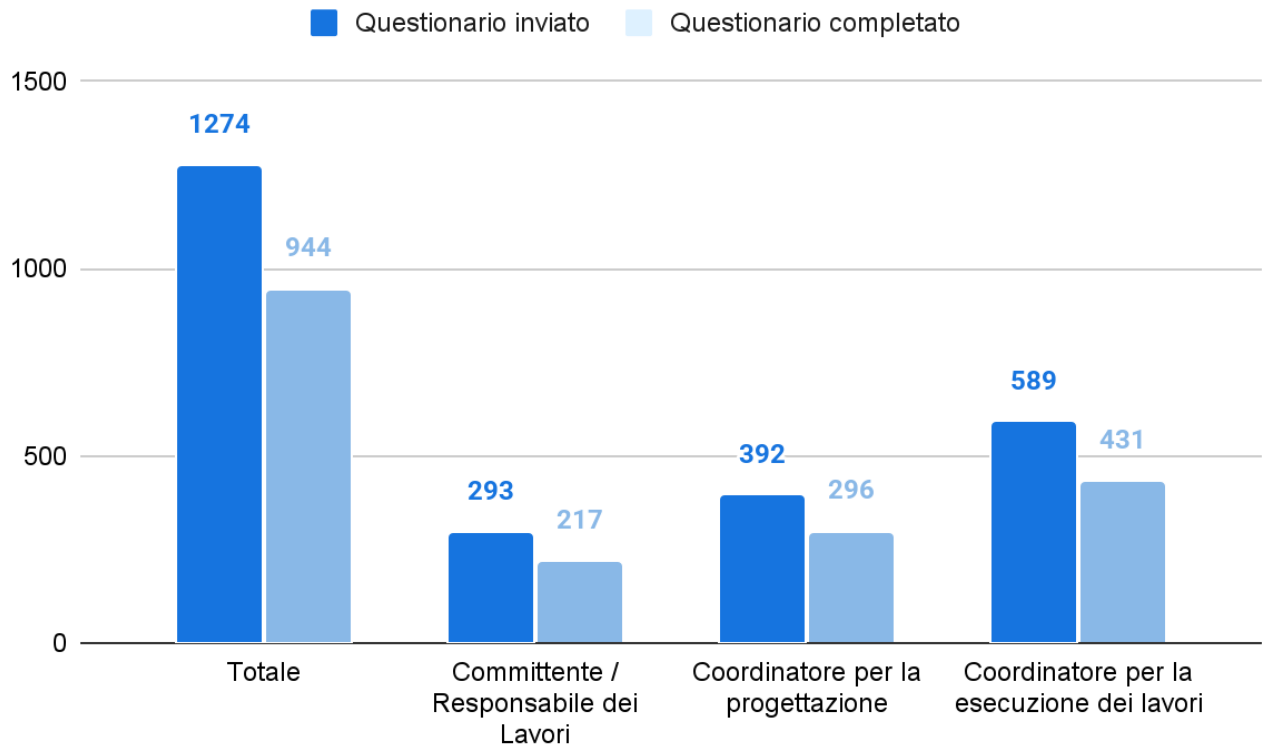


Figura 16.7.4 PMP Edilizia: questionari inviati e completati (valori assoluti), suddivisi per ruolo del lavoratore. Veneto, 2024



Per maggiori informazioni

Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria U.O. Prevenzione - Sanità Pubblica

Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

sanitapubblica@regione.veneto.it

041 279311

16.8 Prevenzione primaria e terziaria delle patologie croniche

La promozione dei corretti stili di vita e il contrasto ai determinanti della cronicità (tabacco e nicotina, alcol, alimentazione non adeguata, sedentarietà) è garantito dalle azioni previste nel Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 (PRP). La strategia regionale mira a dare massima diffusione al Sistema Veneto di Prevenzione Integrata, la cui finalità è creare reti intersettoriali (sanitaria e non sanitaria) formate da servizi pubblici e privati, gli enti di volontariato, e le molteplici figure socio-sanitarie per poter diffondere a tutta la cittadinanza le offerte presenti in Veneto.

1) La rete regionale delle Scuole che Promuovono Salute (SPS), in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale del Veneto e i Dipartimenti di Prevenzione delle Ulss, è costituita da scuole che inseriscono nel Piano di Offerta Formativa interventi didattici sui temi della salute all'interno delle ore curricolari; iniziative che vertono sull'organizzazione della scuola stessa (cortili in sicurezza, distributori automatici con frutta e verdura, il km di sicurezza pedonale intorno alla scuola, ecc.), iniziative a premi, uscite didattiche e la celebrazione di giornate a tema orientate alla presa di consapevolezza dell'importanza di adottare dei corretti stili di vita. Al 31.12.2024 in Veneto le Direzioni scolastiche statali iscritte alla rete SPS sono 434 su 612 (il 70% circa), oltre a 230 scuole paritarie e a 20 Centri di Formazione Professionale. Il focus per il 2024 è stato indirizzato all'entrata nella rete SPS degli asili nido e il lavoro specifico su una nuova abilità di vita, l'antifragilità.

2) La rete regionale dei Comuni Attivi, avviata attraverso il supporto delle Ulss, è data dai Comuni che decidono di investire nella promozione di uno stile di vita attivo per tutta la popolazione attraverso l'attuazione di una strategia multicomponente e multi target per la lotta alla sedentarietà. La comunità può realizzare attività di rigenerazione degli spazi urbani, esperienze regionali e locali di promozione del movimento (Pedibus, 1 km al giorno, ecc.). Al 31.12.2024 il numero dei Comuni iscritti alla rete è di 155 su 563 comuni veneti (circa il 28%). A supporto delle reti, si trovano:

- gli Osservatori regionali Pratiche raccomandate a Scuola e Urban Health, con le loro attività formative per diffondere sul territorio azioni che promuovano i determinanti ambientali e sociali favorevoli alla salute urbana e al movimento e nel garantire l'equità e il contrasto alle disuguaglianze in salute.
- La Prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica adattata: sono state approvate le linee di indirizzo regionale per la prescrizione e somministrazione dell'Esercizio Fisico Strutturato e dell'Attività Fisica Adattata al fine di incentivare presso i Medici di Medicina Generale e i medici specialisti l'invio di pazienti alla pratica di un'adeguata attività motoria per determinate patologie.
- La formazione per i professionisti della salute, con particolare attenzione al ruolo dell'operatore sanitario nel motivare il cambiamento nelle persone.
- L'utilizzo portale digitale Vivo Bene MAP, che permette al cittadino di trovare opportunità realizzate sul territorio regionale da Strutture e Servizi delle Aziende ULSS, Comuni e Enti Pubblici, Aziende e Privati per rendere più facili le scelte salutari.
- La Campagna di comunicazione VIVO BENE VENETO, che rende capillare l'informazione al

cittadino nei social istituzionali toccando diversi temi (fattori di rischio per la cronicità, screening oncologici, vaccinazioni, soprattutto nei fragili). Durante il periodo estivo sono state lanciate tre campagne di comunicazione, con un unico filo conduttore quello della sicurezza, seguendo l'invito di "prendersi una pausa" per fare la scelta giusta per la nostra salute, con azioni semplici ma efficaci:
https://www.unaltrastrada.it/
https://www.regione.veneto.it/web/sanita/esposizione-al-sole
https://www.regione.veneto.it/web/sanita/arbovirosi

Nel 2024 si è raggiunta la metà del percorso del PRP, per valutare il lavoro svolto finora e iniziare a migliorare le criticità incontrate in vista anche della scrittura del prossimo Piano, è stato realizzato un evento particolare "L'Officina della Prevenzione", che ha dato modo di consolidare vecchie e nuove alleanze, creando sinergie fondamentali per il futuro.

Figura 16.8.1 Scuole che appartengono alla rete regionale delle Scuole che Promuovono Salute Veneto nel 2024

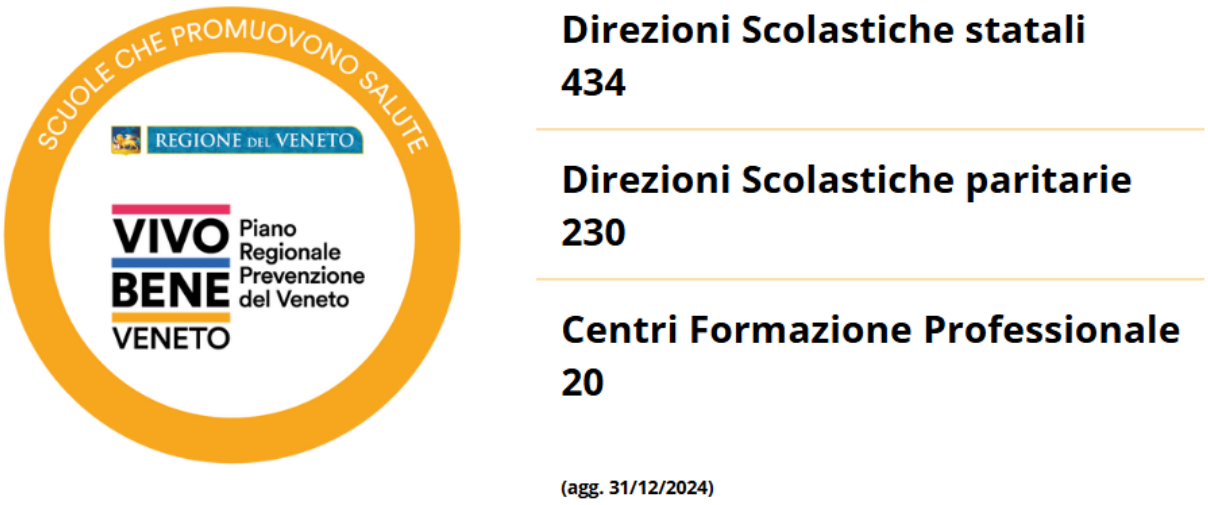
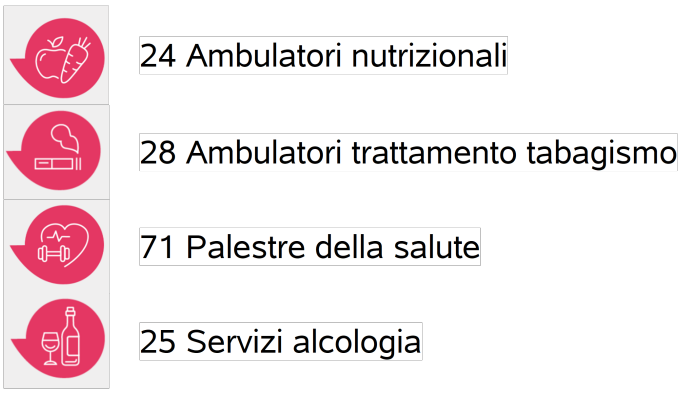


Figura 16.8.2 Comuni che appartengono alla rete regionale dei Comuni Attivi, Veneto nel 2024

Figura 16.8.3 Rete Vivo Bene Veneto nel 2024



Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro, 3493 30123 Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

041 2791352-53

16.9 Veterinaria e sicurezza alimentare

La garanzia dei sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare non può prescindere da tutte le attività ufficiali svolte dalle autorità competenti per gli aspetti sanitari.
Le U.O. Sicurezza alimentare U.O. Sanità animale e farmaci veterinari della Regione e le Aziende ULSS controllano l'intera filiera agroalimentare che comprende: l'igiene degli alimenti e dei materiali ed oggetti a contatto con gli alimenti (MOCA), la salute e il benessere degli animali, i mangimi, i sottoprodotti, i prodotti fitosanitari e i farmaci veterinari.
Inoltre, tra le attività di competenza ricadono: gestione delle malattie degli animali, controllo delle zoonosi, gestione delle malattie a trasmissione alimentare, esportazione verso Paesi terzi.
Sono stati organizzati eventi formativi su numerose tematiche di competenza quali, ad esempio: normativa dell'UE e nazionale, attività di campionamento per l'analisi, pericoli microbiologici e chimici, controllo dei funghi, acque e prodotti fitosanitari, malattie degli animali.
Il punto di contatto regionale ha preso in carico tutte le notifiche relative a rischi associati ai pericoli in alimenti e MOCA, mangimi e animali e ha gestito H 24 (sistema di allarme rapido RASFF) un totale di 436 (Figura 16.9.2) notifiche.
Il personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS (Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione – SIAN e Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animali - SIAOA) ha eseguito ispezioni e controlli sulle imprese del settore alimentare per un totale di 9.301 (Tabella 16.9.1); ha campionato alimenti, bevande e MOCA che sono stati analizzati dai laboratori ufficiali: ARPAV e Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, come da Figura 16.9.1.

Tabella 16.9.1 Controlli eseguiti sugli stabilimenti alimentari del Veneto e non conformità rilevate nel 2024. Veneto.

Numero di stabilimenti	Numero di stabilimenti controllati	Numero di ispezioni e audit	Numero di stabilimenti con non conformità
178.552	9.301	33.435	2.760

Figura 16.9.1 Analisi su alimenti prelevati in Veneto nel 2024 (fonte Sistema informativo del Ministero della salute NSIS-RADISAN)

Figura 16.9.2 Notifiche di allerta in Veneto nel 2024 per categoria di prodotto

CLASSIFICAZIONE NOTIFICHE PER CATEGORIA PRODOTTO (2024)

TIPOLOGIA PRODOTTO	NUMERO	FREQUENZA %
FRUTTA E VEGETALI	64	15%
PRODOTTI DELLA PESCA E DERIVATI	45	10%
POLLAME E PRODOTTI DERIVATI	39	9%
CARNE E PRODOTTI DERIVATI (NO POLLAME)	38	8%
CEREALI E PRODOTTI DA FORNO	34	8%
ALTRO	216	50%
TOTALE	436	-

Figura 16.9.3 Notifiche di allerta in Veneto nel 2024 per categoria di pericolo

CLASSIFICAZIONE NOTIFICHE PER CATEGORIA PERICOLO/CONTAMINANTE (2024)

PERICOLO/CONTAMINANTE	NUMERO	FREQUENZA %
MICRORGANISMI PATOGENI	156	36%
RESIDUI PESTICIDI	49	11%
METALLI PESANTI	36	8%
CORPI ESTRANEI	33	8%
ETICHETTATURA ASSENTE/INCOMPLETA..	27	6%
ALTRO	135	31%
TOTALE	436	-

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria

Rio Novo – Dorsoduro, 3493 30123 Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

041 2791352-53

16.10 Monitoraggio influenza aviaria

Il territorio regionale è particolarmente a rischio per l'influenza aviaria (IA), in quanto situato in corrispondenza delle principali rotte migratorie stagionali dell'avifauna selvatica (ospiti serbatoio di virus influenzali) e caratterizzato da una elevata densità di allevamenti avicoli, in particolare di aziende che allevano tacchini e galline ovaiole, che sono tra le specie avicole più suscettibili alla malattia.
Un aspetto rilevante da tenere in considerazione riguardo l'IA è il suo carattere potenzialmente zootecnico, ovvero la sua potenziale trasmissibilità dagli animali all'uomo. In considerazione di questo motivo, con Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 25/01/2021 è stato approvato il "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)", recepito con D.G.R. n. 640 del 20/05/2021, che mira a prevenire e contenere gli episodi di contagio e diffusione dei virus tra animali e uomo e tra uomo e uomo. La Direzione Regionale Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria è stata incaricata di mettere in atto quanto di competenza per l'attuazione di tale Piano.
Fra le misure di prevenzione, volte al rapido rilevamento (early warning) di tutti i casi di positività per virus influenzali aviari nel pollame e nei volatili selvatici, i sistemi di monitoraggio e sorveglianza rivestono particolare importanza, soprattutto nell'ottica della strategia "One Health".
Nel territorio regionale, per far fronte alle problematiche elencate in tema di IA, sono state adottate negli anni diverse misure volte alla prevenzione e al controllo della malattia, comprensive di azioni di monitoraggio straordinario negli allevamenti avicoli considerati maggiormente a rischio e dell'applicazione di misure di biosicurezza in tutti gli stabilimenti del settore avicolo domestico.
In particolare, per quanto concerne la sorveglianza della IA, il Ministero della Salute ogni anno predispone un Piano nazionale che le Regioni (per il tramite dei Servizi Veterinari delle Aziende U.L.S.S.) sono tenute ad attuare nel proprio territorio. In aggiunta ai controlli stabiliti da tale Piano, sul territorio regionale è stato previsto (da ultimo, con Delibera di Giunta n. 1548 del 12/12/2023) un monitoraggio straordinario negli allevamenti di tacchini da carne delle zone valutate come maggiormente a rischio per la malattia.
Una sintesi delle attività svolte nell'ambito del piano nazionale di sorveglianza a livello nazionale è consultabile al link
https://www.izsvenezie.it/temi/malattie-patogeni/influenza-aviaria/piani-sorveglianza/ . A livello regionale, le attività condotte, sintetizzate nelle Tabelle 16.10.1 e 16.10.2, hanno consentito di identificare precocemente l'introduzione e successiva diffusione di virus influenzali che si sono resi responsabili di positività sia nei volatili selvatici che negli allevamenti di pollame. Di particolare rilievo la prima fase dell'ondata epidemica caratterizzata da casi sporadici nei domestici e da un forte coinvolgimento dell'avifauna selvatica, seguita da una progressiva diffusione in allevamenti rurali di pollame. Nel 2024, le specie selvatiche maggiormente colpite appartengono principalmente alla categoria degli uccelli acquatici (anatidi e gabbiani), coerentemente con il ruolo noto di queste specie come serbatoi di HPAI (influenza aviaria ad alta patogenicità) negli ultimi anni. Il dettaglio dei focolai di HPAI del sottotipo H5 nel pollame, nei

volatili selvatici e nei mammiferi è consultabile al link https://www.izsvenezie.it/temi/malattie-patogeni/influenza-aviaria/situazione-epidemiologica-HPAI/ per ogni singola stagione epidemica, a partire dal 2016.

Tabella 16.10.1 Riepilogo delle attività svolte nella regione Veneto nell'ambito del piano nazionale di sorveglianza per l'influenza aviaria nel pollame suddivise per specie ed indirizzo produttivo nell'anno 2024

Specie ed indirizzo produttivo	N° aziende controllate	N° aziende positive	N° animali testati	N° test ELISA	N° test HI H5	N° test HI H7	N° test PCR	N° test AGID
Tacchini da carne	370	10	32.512	7.557	1.158	1.158	3.035	-
Polli riproduttori	45		2.193	1.035	25	25	134	-
Tacchini riproduttori	31		1.407	1.005	24	24	52	-
Galline ovaiole	189	4	10.536	2.993	33	33	1129	2
Galline ovaiole free-range	57		1.838	709	27	27	183	-
Ratiti	1		10	10	-	-	-	-
Faraone da carne	4		40	17	-	-	4	-
Faraone riproduttori	2		50	20	-	-	3	-
Selvaggina da ripopolamento	25		5.284	562	23	23	533	-
Quaglie riproduttori	3		120	-	-	-	12	-
Quaglie da carne	3		80	-	-	-	8	-
Anatre riproduttori	2		21	-	-	-	5	-
Anatre da carne	24		3.960	25	-	-	797	-
Oche riproduttori	1		2	-	-	-	1	-
Oche da carne	4		1.180	-	-	-	236	-
Broiler	494	5	16.903	435	9	9	1.970	-
Svezzatori	58		3.494	1.523	23	23	365	-
Rurali	19	6	260	160	-	-	33	-
Totale	**1.332**	**25**	**79.890**	**16.051**	**1.322**	**1.322**	**8.500**	**2**

(*) ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay o saggio di immunoassorbimento enzimatico);
HI H5 (Hemagglutination Inhibition Assay o test di inibizione dell'emoagglutinazione per antigene H5);
HI H7 (Hemagglutination Inhibition Assay o test di inibizione dell'emoagglutinazione per antigene H7);
PCR (Polymerase Chain Reaction);
AGID (Immunodiffusione in gel di agar)

Tabella 16.10.2 Riepilogo delle attività svolte nella regione Veneto nell'ambito del piano nazionale di sorveglianza per l'influenza aviaria nell'avifauna selvatica suddivise per provincia e tipologia di attività. Anno 2024

Provincia	N° animali testati con Sorveglianza attiva*	N° animali testati con Sorveglianza passiva**	Totale animali testati	N° animali positivi
Belluno	0	3	3	0
Padova	0	453	453	5
Rovigo	475	175	650	18
Treviso	0	26	26	1
Venezia	226	632	858	24
Verona	533	619	1.152	0
Vicenza	0	13	13	7
Totale	**1.234**	**1.921**	**3.155**	**55**

(*) controlli ufficiali su avifauna cacciata o trappolata

(**) segnalazione tempestiva e obbligatoria di volatili rinvenuti morti e/o moribondi

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria

Rio – Novo, Dorsoduro 3493 30123 Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

041 2791352-53

Aree di intervento

17. Assistenza primaria e distrettuale

CONTENUTI

- 17.1 Contesto organizzativo dell'assistenza primaria e distrettuale
- 17.2 Assetto organizzativo delle Aziende ULSS e dei relativi Distretti
- 17.3 La rete dei professionisti sanitari convenzionati nel territorio
- 17.4 Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici Continuità Assistenziale (MCA)
- 17.5 Gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e Altri Professionisti
- 17.6 La formazione per lo sviluppo dell'assistenza primaria
- 17.7 Attività e responsabilità dei MMG e PLS
- 17.8 Prestazioni erogate dai MMG e PLS. PPIP, Visite ambulatoriali, Assistenza domiciliare e Bilanci di salute
- 17.9 Attività delle COT
- 17.10 Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri

Organizzazione dell'Assistenza primaria e distrettuale in Veneto

26 Distretti socio-sanitari

Garantiscono i servizi di livello primario e sono il polo di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali

49 Centrali Operative Territoriali

Coordina la presa in carico dell'utente "protetto" e le transizioni tra setting/servizi e soggetti dell'intera rete assistenziale, raccogliendo i bisogni e pianificando gli interventi necessari

2.770 Medici di Medicina Generale
489 Pediatri di Libera Scelta

Svolgono prestazioni di particolare impegno professionale, visite ambulatoriali e domiciliari, assistenza domiciliare e bilanci di salute

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Altre funzioni e attività dell'Assistenza Primaria

Distretto Socio Sanitario

Le funzioni distrettuali vengono esercitate mediante le seguenti Unità Operative

- **Cure primarie**
- **Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori**
- **Cure palliative**
- **Attività specialistica**
- **Disabilità e Non Autosufficienza**
- **Assistenza Farmaceutica Territoriale**

Corso di Formazione specifica in Medicina Generale (DGR1763/2018)

affidata alla Fondazione Scuola Sanità Pubblica
"campus" dedicato alla formazione e all'aggiornamento continuo della Formazione specifica in Medicina generale
559 medici in formazione

Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri

Erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio in ottemperanza alla normativa vigente
Mobilità Sanitaria Internazionale: assistenza sanitaria a chi è in temporaneo soggiorno o trasferito per cure programmate, assicurando cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e cure essenziali per malattia, maternità e infortunio
Emergenza Ucraina: assistenza sanitaria ai cittadini stranieri provenienti dall'Ucraina richiedenti protezione temporanea

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

17.1 Contesto organizzativo dell'assistenza primaria e distrettuale

La cornice programmatoria della Regione del Veneto per l'assistenza primaria e distrettuale è fondata sulla costruzione di una filiera ove le diverse strutture concorrono con gradualità all'erogazione dell'assistenza, garantendo, in ciascuna fase del percorso, la presa in carico unitaria della persona. In questo senso, gli obiettivi strategici riguardano la garanzia della presa in carico integrata e la continuità dell'assistenza, a cui tutto il Sistema è chiamato a concorrere, al fine di evitare la frammentarietà dell'offerta dei servizi e garantire una risposta efficace ai bisogni di salute dei cittadini. Elementi strategici diventano la connessione tra le strutture ed i collegamenti funzionali tra i professionisti, la costruzione di un dialogo bilaterale Ospedale-Territorio e l'adozione di un approccio per processi integrati tale da garantire la presa in carico del paziente nella sua globalità.
Le Aziende ULSS sono chiamate a definire l'organizzazione dell'assistenza sul territorio in modo da fornire risposte esaustive, complete e coordinate alla molteplicità di bisogni di salute di ogni singolo paziente. L'ottica è quella della presa in carico del paziente nella sua globalità con modalità anche di iniziativa e non solo di attesa, perseguendo gli obiettivi di una maggior disponibilità ed accessibilità ai servizi, mediante organizzazione di un'offerta che garantisca una effettiva continuità dell'assistenza nonché il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni erogate. È compito primario delle Aziende in parola, infatti, individuare i fabbisogni di salute espressi e inespressi e verificare il grado di soddisfacimento dei cittadini rispetto ai servizi offerti, organizzare il sistema di offerta delle prestazioni pubbliche assicurando al cittadino un servizio sicuro e di qualità. Le Aziende ULSS, quindi assicurano nel territorio le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza realizzando le scelte della programmazione contenute nel Piano Socio Sanitario Regionale e negli atti di programmazione adottati dalla Giunta regionale. Nell'esercizio delle loro funzioni accrescono le competenze e le conoscenze del sistema sanitario attraverso la valorizzazione del capitale umano e la promozione di strumenti per il miglioramento del governo clinico.

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.2 Assetto organizzativo delle Aziende ULSS e dei relativi Distretti

I Distretti delle ULSS sono considerati cruciali per l'integrazione e la continuità dell'assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria a livello territoriale. Il Distretto è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. Attualmente sono presenti 26 Distretti in tutto il territorio che garantiscono i servizi di livello primario e costituiscono il polo di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali (Figura 17.2.1).
L'assetto organizzativo distrettuale prevede che le funzioni proprie del Distretto vengano esercitate mediante le seguenti Unità Operative:
- Cure primarie: comprende servizi e prestazioni riferibili alla medicina generale (MMG e PLS), alla continuità assistenziale (Guardia medica - MCA), alla specialistica ambulatoriale dei poliambulatori distrettuali, alla medicina riabilitativa territoriale e all'assistenza protesica e integrativa, alle cure domiciliari, alle strutture residenziali e semiresidenziali.
- Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori: fornisce e garantisce in maniera integrata e globale interventi di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psicosociale e della patologia dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia.
- Cure palliative: comprendono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti a quei pazienti la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici.
- Attività specialistica: gestisce i poliambulatori specialistici sul territorio, per l'effettuazione di attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, visite specialistiche, di riabilitazione o terapie.
- Disabilità e Non Autosufficienza: svolge attività di programmazione, gestione e coordinamento degli interventi relativamente all'area della disabilità ed alla non autosufficienza in ogni ambiente di vita e con riferimento ai servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.
- Assistenza Farmaceutica Territoriale: promuove l'uso corretto di medicinali e dispositivi medici, assicurando a pazienti, medici e farmacie convenzionate un supporto informativo e di vigilanza.
Afferiscono ai Distretti le seguenti attività:
- Assistenza medica primaria (MMG, PLS e MCA);
- Assistenza infermieristica;
- Emergenza sanitaria territoriale (stabilizzazione del malato e trasporto presso il presidio ospedaliero; assistenza sanitaria in occasione di maxi-emergenze, eventi o manifestazioni);
- Assistenza farmaceutica;
- Assistenza specialistica;
- Assistenza protesica;
- Assistenza termale;
- Assistenza a famiglia e infanzia (consultorio e assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile e adolescenziale);
- Assistenza domiciliare;
- Cure palliative;
- Assistenza a persone con disabilità;
- Assistenza a persone con sofferenza mentale;

- Assistenza alle persone adulte o anziane non autosufficienti;
- Assistenza sanitaria per le persone detenute;
- Assistenza a persone con dipendenza patologica;
- Attività amministrative.

Il Distretto è destinato ad assumere ancora maggior importanza nell'ambito della riforma dell'intero sistema di assistenza territoriale previsto del PNRR (Missione 6) e dal D.M. n. 77/2022, in fase di attuazione, volta a ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogabili sul territorio, grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), all'implementazione dell'assistenza territoriale, allo sviluppo della telemedicina e ad una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Nota Metodologica

La popolazione residente in Veneto per Distretto al 1 gennaio 2024 (Tabella 17.2.1) risulta da una elaborazione sui dati di popolazione per Comune di residenza estratti dal Datawarehouse Sanità Regionale (fonte Istat).

Figura 17.2.1 Assetto territoriale delle Aziende ULSS del Veneto, 2024

Tabella 17.2.1 Assetto territoriale delle Aziende ULSS del Veneto, 2024

Azienda ULSS	Distretto	Popolazione residente al 1.1.2024
1 - Dolomiti	1 - Belluno	116.893
	2 - Feltre	80.895
	TOTALE AULSS 1	197.788
2 - Marca Trevigiana	1 - Treviso Nord	210.606
	2 - Treviso Sud	210.151
	3 - Pieve di Soligo	209.860
	4 - Asolo	248.771
	TOTALE AULSS 2	879.388
3 - Serenissima	1 - Venezia centro storico	74.781
	2 - Venezia terraferma, Marcon e Quarto d'Altino	201.266
	3 - Mirano - Dolo	270.143
	4 - Chioggia	63.154
	TOTALE AULSS 3	609.344
4 - Veneto Orientale	Unico	226.061
	TOTALE AULSS 4	226.061
5 - Polesana	1 - Rovigo	162.469
	2 - Adria	67.351
	TOTALE AULSS 5	229.820
6 - Euganea	1 - Padova Bacchiglione	207.292
	2 - Padova, terme, colli	118.762
	3 - Padova Piovese	168.545
	4 - Alta Padovana	258.060
	5 - Padova Sud	176.576
	TOTALE AULSS 6	929.235
7 - Pedemontana	1 - Bassano	178.524
	2 - Alto Vicentino	183.410
	TOTALE AULSS 7	361.934
8 - Berica	1 - Est	313.449
	2 - Ovest	178.227
	TOTALE AULSS 8	491.676
9 - Scaligera	1 - Verona città	236.878
	2 - Est Veronese	234.188
	3 - Pianura Veronese	155.865
	4 - Ovest Veronese	300.039
	TOTALE AULSS 9	926.970
TOTALE REGIONE		4.852.216

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.3 La rete dei professionisti sanitari convenzionati nel territorio

La rete dei professionisti sanitari convenzionati continua a rappresentare un pilastro fondamentale dell'assistenza territoriale in Veneto. Coinvolge diverse figure professionali che operano in sinergia per garantire una copertura capillare e qualitativa dei servizi sanitari, in linea con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Al centro di questa rete si collocano i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i medici della Continuità Assistenziale (MCA), che costituiscono il primo livello di presa in carico della popolazione. A supporto dell'attività di assistenza primaria intervengono inoltre gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e altri professionisti convenzionati, tra cui veterinari, biologi, psicologi e psicoterapeuti, che arricchiscono l'offerta di servizi specialistici sul territorio.
Durante l'anno, sono stati sottoscritti nuovi Accordi Collettivi Nazionali (ACN) per i PLS e i MMG. Per questi ultimi, l'ACN ha introdotto importanti novità organizzative. Tra le novità più rilevanti figura l'avvio del ruolo unico della medicina generale, in vigore dal 1° gennaio 2025, che integra e unifica le precedenti distinzioni tra attività a ciclo di scelta e attività oraria, promuovendo una maggiore flessibilità operativa, fondata sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Questo cambiamento mira a favorire una maggiore integrazione tra i professionisti e a garantire una risposta più strutturata e coerente alle esigenze sanitarie della popolazione.

Nel 2024 risultavano attivi sul territorio regionale n. 2.770 MMG, n. 489 PLS e n. 845 medici di Continuità Assistenziale. A completare il quadro, ci sono anche i 928 Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), distribuiti in varie branche specialistiche.

Oltre a queste figure, è importante menzionare anche la presenza degli infermieri e dei collaboratori di studio, professionisti indispensabili che collaborano attivamente con i MMG e i PLS nella gestione e nell'assistenza ai pazienti.
Sono inoltre presenti altri professionisti, come i 14 veterinari che operano nel territorio, e i 122 professionisti convenzionati (biologi e psicologi o psicoterapeuti). Questa complessa rete di competenze si unisce per fornire un'assistenza sanitaria completa e mirata alle esigenze della comunità locale.

La formazione resta un elemento strategico per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Il Corso di formazione specifica in Medicina Generale, promosso dalla Fondazione Scuola Sanità Pubblica, continua a rappresentare il principale canale di accesso alla professione, anche attraverso la modalità "Formazione-Lavoro", che consente ai corsisti di affiancare l'esperienza pratica allo studio teorico, facilitando così il loro inserimento nel sistema sanitario regionale.

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.4 Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici Continuità Assistenziale (MCA)

Al 31/12/2024 risultano attivi in Veneto 2.770 Medici di Medicina Generale (MMG) e 489 Pediatri di Libera Scelta (PLS), con incarichi a tempo indeterminato, provvisorio o temporaneo, come riportato nella Tabella 17.4.1. La distribuzione dei medici sul territorio regionale riflette le differenze demografiche e geografiche tra le Aziende ULSS, influenzando l'accessibilità ai servizi sanitari primari per la popolazione residente.

L'organizzazione dei MMG e PLS in forme associative – previste dagli Accordi Collettivi Nazionali e dagli Accordi Integrativi Regionali – rappresenta un elemento cardine per garantire la capillarità dell'assistenza. Tuttavia, la diffusione delle forme più strutturate di medicina associata (Medicina di Gruppo e Medicina di Gruppo Integrata) continua a presentare una significativa variabilità territoriale: i medici inseriti in Medicina di Gruppo Integrata variano dal 13% (AULSS 4) al 47% (AULSS 7), mentre quelli in Medicina di Gruppo dal 18% (AULSS 1) al 58% (AULSS 8) (Figura 17.4.1).

Per quanto riguarda la Pediatria di Libera Scelta, la forma associativa prevalente rimane l'Associazione Semplice, cui aderisce il 70% dei pediatri sul territorio regionale (Figura 17.4.2).

Nei periodi in cui MMG e PLS non svolgono attività – ovvero notturni, festivi e prefestivi – l'assistenza è garantita dal servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), la cui distribuzione per Azienda ULSS è riportata nella Tabella 17.4.3.

Queste dinamiche organizzative e distributive evidenziano la complessità nella pianificazione dell'assistenza primaria e la necessità di adottare modelli flessibili e adattabili alle specificità locali, con particolare attenzione ai fabbisogni della popolazione e alla sostenibilità del sistema.

In prospettiva, l'Accordo Collettivo Nazionale recentemente sottoscritto introduce importanti novità che porteranno, nei prossimi anni, a un superamento delle attuali forme associative a favore delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Sebbene tali cambiamenti non siano ancora operativi a livello regionale, si tratta di un passaggio significativo verso un nuovo assetto dell'assistenza territoriale, volto a favorire una maggiore integrazione tra professionisti, una più equa distribuzione delle risorse e una presa in carico più efficiente della popolazione assistita.

Inoltre, la progressiva implementazione del ruolo unico per i Medici di Medicina Generale (MMG), in vigore dal 1° gennaio 2025. Tuttavia, per coloro che non desiderano aderire a questa nuova organizzazione, i MMG e i Medici di Continuità Assistenziale continueranno a operare nei loro attuali ruoli, garantendo la continuità dell'assistenza anche per i pazienti già affidati al sistema tradizionale.

Tabella 17.4.1 MMG e PLS per tipologia di incarico al 31/12. Regione Veneto. Anno 2024 (Fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale)

Tipo incarico	N. MMG	%	N. PLS	%
Definitivo	2.373	85,7%	468	95,7%
Temporaneo	278	10,0%	0	0,0%
Provvisorio	119	4,3%	21	4,3%
Totale	2.770	100,0%	489	100,0%

Figura 17.4.1 Distribuzione dei medici nelle forme associative della medicina generale per Azienda ULSS. Regione Veneto. (Fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale)

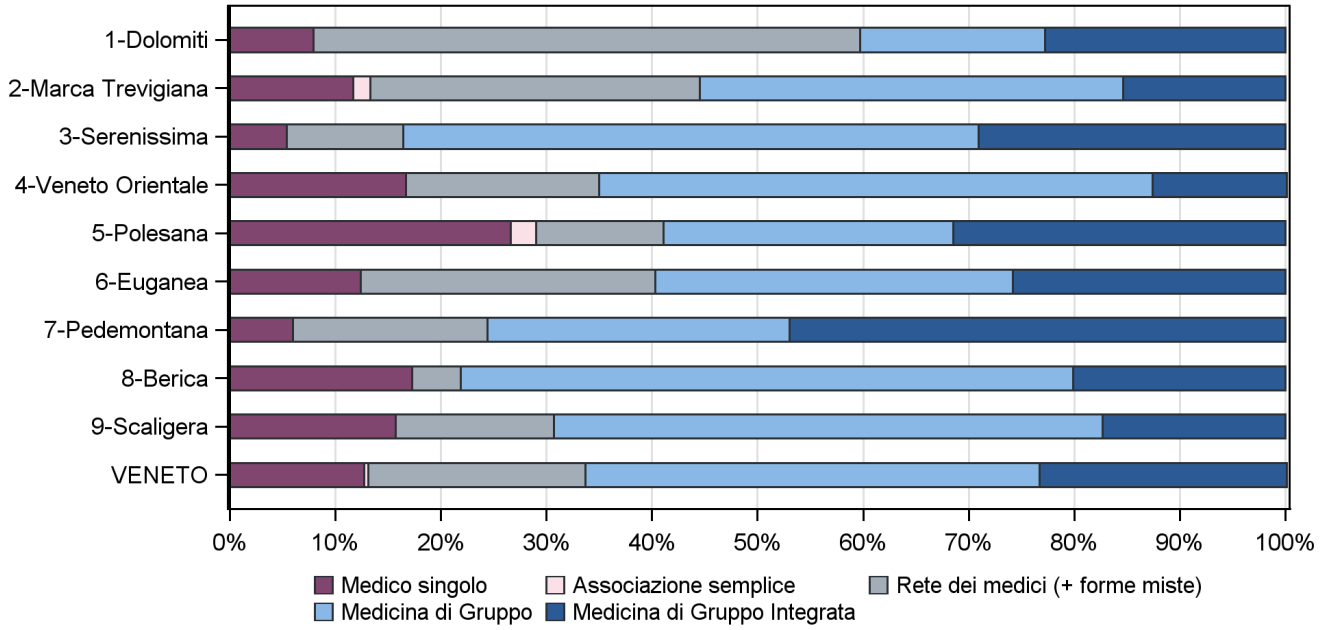


Figura 17.4.2 Distribuzione dei pediatri nelle forme associative della Pediatria di Libera Scelta per Azienda ULSS. Regione Veneto. (Fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale)

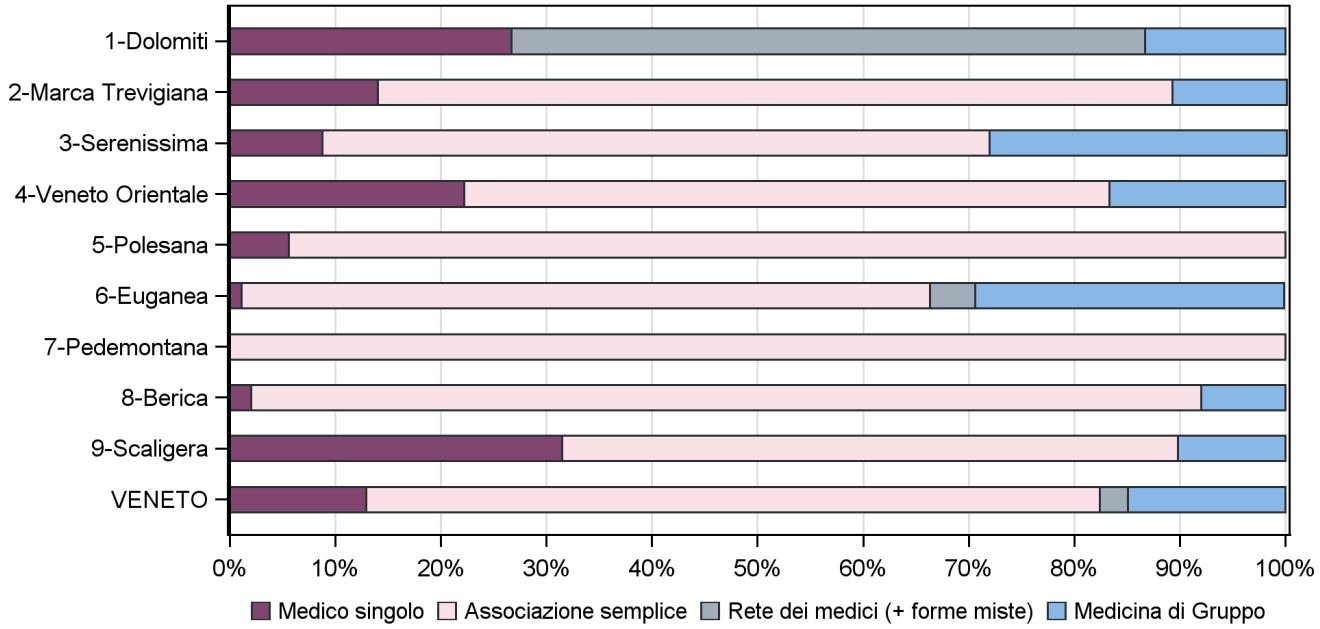


Tabella 17.4.2 Distribuzione dei medici di Continuità Assistenziale per Azienda ULSS al 01/01/2024. Regione Veneto.

Azienda ULSS	N. MEDICI TITOLARI	N. MEDICI AD INCARICO PROVVISORIO	Totale
1 - Dolomiti	2	38	40
2 - Marca trevigiana	4	93	97
3 - Serenissima	12	82	94
4 - Veneto Orientale	4	34	38
5 - Polesana	0	75	75
6 - Euganea	20	109	129
7 - Pedemontana	4	80	84
8 - Berica	4	98	102
9 - Scaligera	27	159	186
Regione Veneto	77	768	845

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.5 Gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e Altri Professionisti

Nel panorama della sanità veneta, gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e altri professionisti tra cui veterinari, biologi e psicologi, rappresentano una risorsa preziosa per garantire una gamma diversificata di servizi sanitari ambulatoriali. Sono medici e professionisti sanitari che offrono servizi specialistici presso ambulatori e strutture sanitarie convenzionate. Esperti in specifiche branche mediche o aree di competenza, forniscono consulenze, diagnosi e trattamenti specializzati per pazienti con esigenze particolari.

Al 01/01/2024 in Veneto operano 1.064 medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altri professionisti ambulatoriali (biologi e psicologi), per lo più a tempo indeterminato (Tabella 17.5.1). Le branche maggiormente rappresentate da questi professionisti sono riportate in Figura 17.5.1.

Tabella 17.5.1 Numero di Medici specialisti ambulatoriali interni (SAI), veterinari (VET) ed altri professionisti ambulatoriali (PRO) per tipologia di incarico al 01/01/2024. Regione Veneto (lo stesso medico o professionista può lavorare in Aziende diverse).

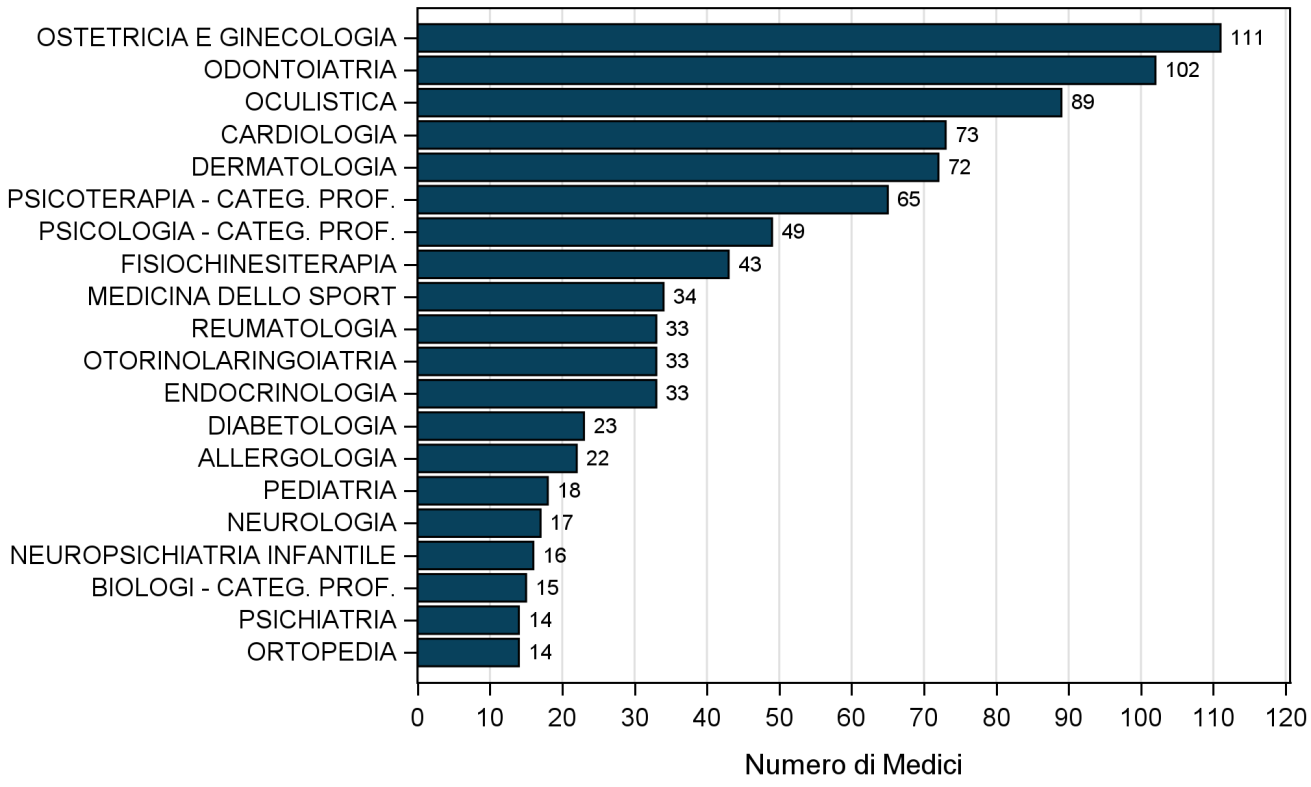
Tipologia di incarico	Specialista	N
Tempo determinato	SAI	6
	VET	1
	PRO	6
	Tutti	13
Tempo indeterminato	SAI	922
	VET	13
	PRO	116
	Tutti	1.051
Totale	SAI	928
	VET	14
	PRO	122
	Tutti	1.064

Tabella 17.5.2 Numero di Medici specialisti ambulatoriali interni (SAI), veterinari (VET) ed altri professionisti ambulatoriali (PRO) per Azienda ULSS e tipologia di incarico al 01/01/2024. Regione Veneto

AULSS	TEMPO DETERMINATO				TEMPO INDETERMINATO				TOTALE COMPLESSIVO
	SAI	VET	PRO	TOTALE	SAI	VET	PRO	TOTALE	(determinato + indeterminato)
1 - Dolomiti	0	0	1	**1**	27	0	9	**36**	**37**
2 - Marca Trevigiana	1	0	0	**1**	203	0	31	**234**	**235**
3 - Serenissima	7	0	1	**8**	236	7	31	**274**	**282**
4 - Veneto Orientale	0	0	1	**1**	31	0	5	**36**	**37**
5 - Polesana	0	0	0	**0**	49	0	2	**51**	**51**
6 - Euganea	0	1	3	**4**	148	3	13	**164**	**168**
7 - Pedemontana	0	0	0	**0**	67	0	10	**77**	**77**
8 - Berica	0	0	0	**0**	70	0	3	**73**	**73**
9 - Scaligera	0	0	0	**0**	143	3	15	**161**	**161**
AOPD	0	0	0	**0**	13	0	1	**14**	**14**
AOVR	0	0	0	**0**	7	0	1	**8**	**8**
IOV	0	0	0	**0**	2	0	0	**2**	**2**
TOTALE	**8**	**1**	**6**	**15**	**996**	**13**	**121**	**1.130**	**1.145**

Nota: Lo stesso medico o professionista può lavorare in Aziende diverse.

Figura 17.5.1 Numero di Medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altri professionisti ambulatoriali (biologi e psicologi) attivi in Veneto al 01/01/2024 nelle principali branche di attività.



Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.6 La formazione per lo sviluppo dell'assistenza primaria

A supporto dello sviluppo delle cure primarie ed al fine di conseguire il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso il continuo miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, un ruolo importante è rivestito dal Corso di Formazione specifica in Medicina Generale, afferente alla Unità organizzativa Cure Primarie. Il corso, della durata di 3 anni, è propedeutico all'inserimento del medico in un'apposita graduatoria che dà diritto di assumere incarichi convenzionali come medico di famiglia.
Ai sensi della DGR n. 1763/2018 e dei successivi bandi annuali, l'organizzazione didattica del Corso è stata affidata alla Fondazione Scuola Sanità Pubblica, con l'obiettivo di costituire un "campus" dedicato alla formazione e all'aggiornamento continuo della Formazione specifica in Medicina generale.

La Scuola ha annoverato al 31/12/2024 n. 559 medici in formazione dei corsi triennali attivi (nel numero sono compresi i medici ex L. 401/2000 e gli ufficiali medici in quanto non percettori di borsa).

Pur essendo sensibilmente incrementato nel corso degli anni il numero di borse di studio assegnabili, si è tuttavia riscontrata a livello regionale, ma anche in ambito nazionale, una grave carenza di medici dovuta a più concause (es. gobba pensionistica, numero chiuso a livello universitario, preferenza dei medici per altri sbocchi lavorativi più allettanti). Per far fronte a detta criticità la normativa nazionale nell'ultimo triennio ha previsto la possibilità per i medici iscritti al Corso di espletare, già durante la frequenza, numerose attività in via convenzionale, con ore computabili ai fini pratici del Corso. L'iniziativa, che è avvenuta in deroga alla disciplina precedente e in via temporanea, è stata prorogata per tutto il 2024. Se da un lato la stessa è risultata fondamentale perché ha contribuito fattivamente a garantire l'assistenza territoriale ai pazienti aventi diritto nell'intero territorio regionale, si deve anche rilevare che lo svolgimento di attività lavorativa ha determinato la crescente difficoltà per i medici in formazione di frequentare il corso con le consuete modalità, soprattutto per i professionisti aventi un numero consistente di assistiti.
Alla luce di quanto sopra, anche per tutto il 2024, è pertanto proseguita la sperimentazione della Formazione-Lavoro, avviata con DGR 1709/2022. Le modalità di frequenza del corso, riviste in ottica agevolativa per i corsisti, hanno valorizzato la formazione sul campo dei professionisti (come è la vocazione di un corso strutturato per 2/3 da tirocini pratici) prevedendo al contempo precisi step formativi guidati e molteplici elementi di approfondimento condivisi con il tutor di riferimento.
La Formazione-Lavoro è risultata molto apprezzata dai medici iscritti al corso (tant'è che le adesioni sono passate da 81 al 30/04/2023, pari al 14% degli allievi in formazione, a 217 al 31/12/2024, pari al 39% degli allievi in formazione).
I corsisti, hanno in particolare apprezzato non solo la possibilità di dedicarsi con maggiore agio all'attività lavorativa a favore degli assistiti in carico, ma anche le molteplici occasioni di confronto e condivisione, con i colleghi in formazione, con i tutor/corpo docente e all'interno

della rete assistenziale territoriale regionale.
Quest'ultimo aspetto non solo è basilare in ottica formativa, soprattutto per i giovani medici nelle delicate fasi di inserimento nel contesto lavorativo, ma risulta coerente con la Programmazione regionale, considerato che l'avvio del Ruolo Unico (Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale 2024 vigente) prevede la promozione e lo sviluppo del lavoro in team all'interno di un contesto multiprofessionale.

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.7 Attività e responsabilità dei MMG e PLS

Medici di Medicina Generale (MMG)

Con l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2024 è stato avviato il Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP), che unifica le precedenti distinzioni tra attività a ciclo di scelta e attività oraria. Questo nuovo assetto mira a semplificare l'organizzazione del servizio e a favorire una maggiore flessibilità operativa, con l'obiettivo di ottimizzare la presa in carico dei pazienti. Il MMG ora gestisce in maniera proattiva tutte le fasi del processo assistenziale, monitorando le patologie acute e croniche, con un focus sulla cura dei pazienti fragili e cronici.

Dal 2025, i nuovi incarichi saranno conferiti esclusivamente a ruolo unico, con un impegno settimanale di 38 ore, suddivise tra attività clinica e oraria, in base al numero di assistiti: 38 ore fino a 400 assistiti, 24 ore fino a 1.000 assistiti,12 ore fino a 1.200 assistiti, 6 ore fino a 1.500 assistiti.

L'ACN stabilisce che i MMG possano operare nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che favoriscono l'integrazione tra diverse figure professionali del territorio. La responsabilità del MMG include anche la gestione delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari per garantire la continuità assistenziale, riducendo il ricorso ai servizi di emergenza e ospedalieri.

Pediatri di Libera Scelta (PLS)

Per i Pediatri di Libera Scelta, l'ACN 2024 continua a riconoscere l'importanza del ruolo del pediatra nell'assicurare la tutela della salute dei bambini e degli adolescenti. Il pediatra è coinvolto nella prevenzione, gestione delle patologie acute e croniche, e nella promozione di stili di vita sani. La continua integrazione con altri professionisti sanitari e i servizi territoriali è cruciale per fornire un'assistenza sanitaria ottimale ai giovani assistiti. In sintesi, l'ACN 2024 ha aggiornato le responsabilità e le modalità operative dei MMG e dei PLS, sottolineando l'importanza dell'integrazione delle cure, della continuità dell'assistenza, e della promozione della salute. Questi aggiornamenti pongono un forte accento sull'efficienza dei servizi, sul miglioramento della qualità della vita degli assistiti e sull'ottimizzazione delle risorse sanitarie.

Misure per la copertura sanitaria territoriale

Negli ultimi anni si sono riscontrate difficoltà nel garantire la copertura dell'assistenza primaria territoriale. Le cause principali sono riconducibili ai pensionamenti dei professionisti in attività e alla carenza di medici disponibili. La Regione Veneto ha adottato alcune misure: aumento del massimale a 1800 assistiti per i medici che si rendono disponibili, con il riconoscimento di incentivi; incentivo ai medici di continuità assistenziale (MCA) per lo svolgimento di ore aggiuntive; coinvolgimento dei medici in formazione in medicina generale per rafforzare la copertura sanitaria territoriale. Nonostante ciò, la carenza di medici continua a rappresentare una criticità, aggravata dall'accesso programmato ai corsi universitari, dall'insufficiente disponibilità a ricoprire gli incarichi vacanti e dalla mancata copertura di zone carenti. Nel 2024 il Veneto ha prorogato le misure straordinarie adottate negli anni precedenti. Con DGR 1672/23 è stata confermata per il 2024 la validità delle disposizioni previste dalla DGR 1715/22: aumento del massimale a 1.800 assistiti; riconoscimento, in caso di incremento, dell'indennità annua e di un

compenso integrativo; riconoscimento ai MCA di una quota oraria maggiorata per l'aumento dell'impegno lavorativo; possibilità per le ULSS di dichiarare "zona disagiata" le sedi carenti di continuità assistenziale e di assegnare incarichi diurni, con maggiorazione della quota oraria. Nel 2024 con DGR 1009/23, il Veneto ha avviato una campagna di prevenzione contro il virus respiratorio sinciziale (VRS), una delle principali cause di bronchiolite e polmonite nei neonati e nei piccoli, che può provocare complicanze gravi, soprattutto nei primi mesi di vita. Per proteggere i neonati durante la stagione epidemica 2024-25 è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa con i PLS, che prevede la somministrazione di un anticorpo monoclonale (Nirsevimab) ai bambini nati tra gennaio e marzo 2025 e a quelli nati nei mesi precedenti, ma ancora esposti al virus. I pediatri svolgono un ruolo centrale nella somministrazione, nell'informazione e nell'accompagnamento delle famiglie, con l'obiettivo di garantire una protezione ampia e tempestiva. L'iniziativa si inserisce tra le azioni regionali a supporto della copertura sanitaria territoriale, valorizzando il contributo della pediatria di famiglia nella prevenzione e nella prossimità dell'assistenza.

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.8 Prestazioni erogate dai MMG e PLS. PPIP, Visite ambulatoriali, Assistenza domiciliare e Bilanci di salute

Nel 2024, i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) hanno continuato a garantire un'ampia offerta di prestazioni sanitarie sul territorio regionale, rappresentando il primo punto di contatto tra il cittadino e il Servizio Sanitario. Il volume complessivo delle attività erogate testimonia l'importanza di una medicina di prossimità capace di rispondere in modo diffuso, tempestivo e appropriato ai bisogni della popolazione. Le prestazioni effettuate sono dettagliate nelle tabelle 17.8.1 e 17.8.2, suddivise per Azienda ULSS.

Tra le prestazioni sanitarie erogate si annoverano quelle di particolare impegno professionale (PPIP), come medicazioni, suture, iniezioni e tamponamenti, che possono essere effettuate nello studio del medico o al domicilio del paziente. Nel 2024 ne sono state effettuate 405.872 dai MMG e 426.096 dai PLS, a conferma di un ruolo attivo dei professionisti anche in ambito procedurale.

A queste si affianca un'attività estesa di visite ambulatoriali e visite domiciliari, che rimane il fulcro dell'assistenza primaria: 39.377.869 visite ambulatoriali e 180.133 domiciliari sono state eseguite dai MMG; 2.122.308 visite ambulatoriali e 1.004 domiciliari dai PLS. Questi numeri descrivono un sistema di cure capillare, in grado di seguire quotidianamente milioni di cittadini, anche nei casi in cui lo spostamento verso gli ambulatori risulti difficoltoso o impossibile.

Per i pazienti non autosufficienti o affetti da patologie croniche è inoltre previsto un servizio di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Queste forme di assistenza consentono di mantenere il paziente nel proprio contesto di vita, evitando ricoveri impropri e garantendo una presa in carico multidisciplinare. Nel 2024 si sono registrati 284.520 accessi domiciliari da parte dei MMG; 3.102 accessi domiciliari da parte dei PLS.

Per quanto riguarda la popolazione pediatrica, continua ad essere attivo il programma di Bilanci di salute, che rappresentano un momento fondamentale di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita. Attraverso 10 visite periodiche previste dal "Progetto Salute Infanzia", si favorisce l'individuazione precoce di condizioni patologiche, si sostiene l'allattamento al seno, si promuove l'adesione ai programmi vaccinali e si forniscono indicazioni su corretti stili di vita. Nel 2023, sono stati effettuati 259.216 bilanci di salute dai PLS.

Tabella 17.8.1 Attività dei MMG per Azienda ULSS. Veneto, anno 2024 (Fonte: Flusso ACN - Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale)

Azienda ULSS	Accesso	ADI/ADP	PPIP	Visita domicilare
1 - Dolomiti	1.626.778	17.023	19.451	9.019
2 - Marca Trevigiana	6.373.447	41.864	67.249	22.205
3 - Serenissima	5.283.461	18.925	46.712	17.042
4 - Veneto Orientale	1.884.596	11.912	11.270	8.638
5 - Polesana	2.150.134	20.678	27.535	7.788
6 - Euganea	8.188.176	79.419	80.320	52.405
7 - Pedemontana	2.578.513	16.408	32.280	20.539
8 - Berica	3.969.638	19.297	53.372	13.298
9 - Scaligera	7.323.126	58.994	67.683	29.199
Regione Veneto	**39.377.869**	**284.520**	**405.872**	**180.133**

Tabella 17.8.2 Attività dei PLS per Azienda ULSS. Veneto, anno 2024 (Fonte: Flusso ACN - Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di Libera Scelta)

Azienda ULSS	Accesso	ADI/ADP	Bilancio di salute	PPIP	Visita domicilare
1 - Dolomiti	60.275	44	8.631	12.070	22
2 - Marca Trevigiana	338.782	117	47.843	62.430	349
3 - Serenissima	314.746	487	29.160	55.754	83
4 - Veneto Orientale	88.214	160	11.124	20.937	42
5 - Polesana	89.443	313	10.526	30.229	34
6 - Euganea	468.785	863	51.554	98.789	94
7 - Pedemontana	157.149	62	21.179	38.187	94
8 - Berica	245.574	577	27.937	40.746	67
9 - Scaligera	359.340	479	51.262	66.954	219
Regione Veneto	**2.122.308**	**3.102**	**259.216**	**426.096**	**1.004**

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

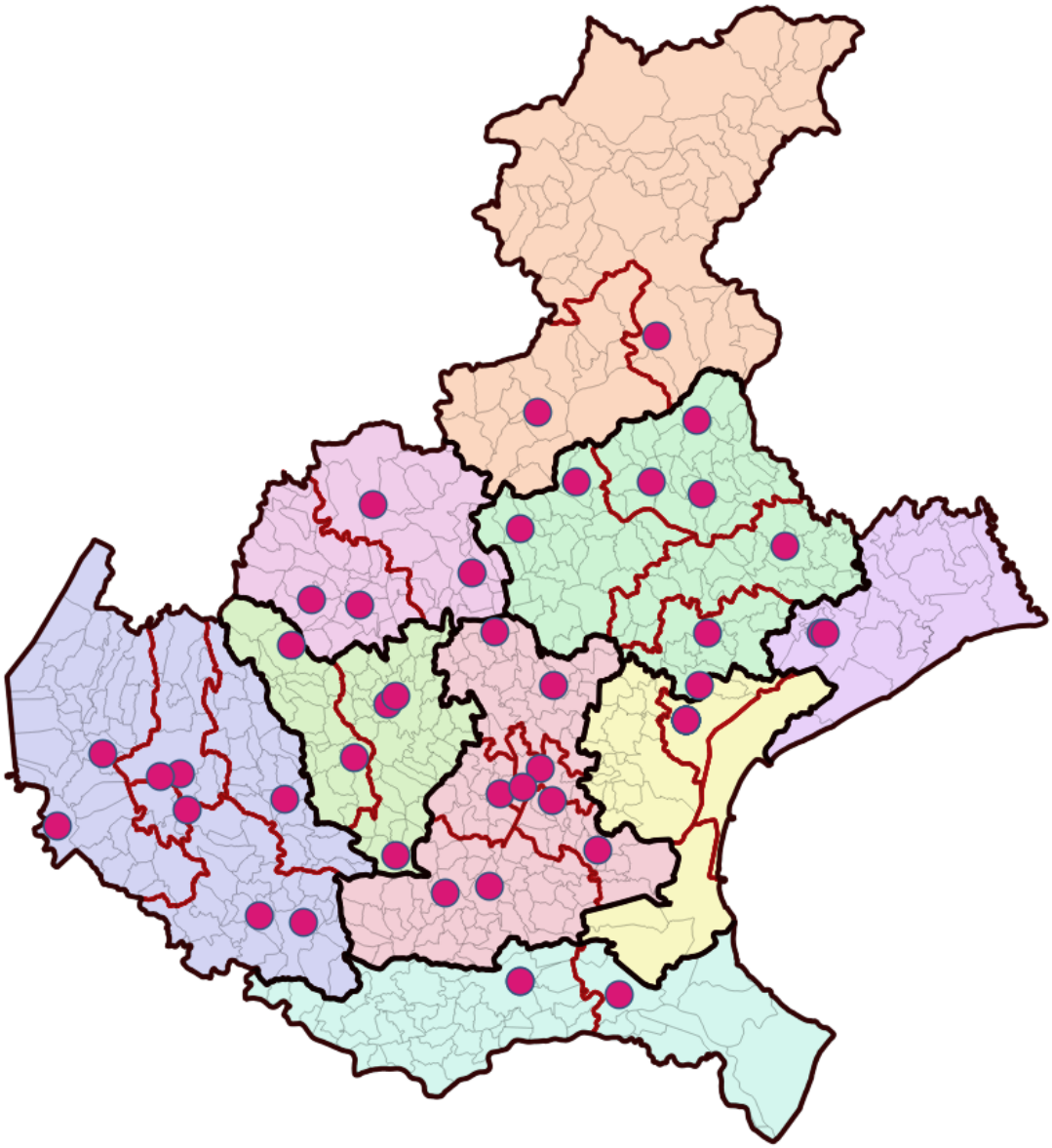
cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.9 Attività delle COT

Le Centrali Operative Territoriali (COT) della Regione del Veneto fungono da nodo centrale per coordinare la presa in carico degli utenti e facilitare le transizioni tra servizi e setting assistenziali. Questo modello, in linea con le direttive del PNRR e del Decreto Ministeriale n. 77/2022, è stato sviluppato nel tempo e integrato con le nuove modalità di assistenza territoriale.
La COT, quale strumento organizzativo funzionale a tutti gli attori della rete socio-sanitaria ed elemento cardine del Sistema delle Cure, introdotta in Regione del Veneto con la DGR n. 2271/2013, si caratterizza come un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: ospedaliero (UO, Pronto Soccorso, ambulatori), territoriale/distrettuale (Cure Primarie, Rete Locale Cure Palliative, Disabilità e Non autosufficienza, Salute Mentale, Infanzia Adolescenza Famiglia, Dipendenze). La COT opera in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA), il sistema di emergenza-urgenza 118 e il Punto Unico di Accesso (PUA), garantendo una risposta integrata e tempestiva. L'esperienza della Regione del Veneto vede la messa in campo e lo sviluppo di un modello di COT che tra le proprie funzioni annovera il coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e delle transizioni con funzioni di raccordo tra setting, servizi e soggetti dell'intera rete assistenziale, raccogliendo, decodificando e classificando il bisogno espresso/inespresso di carattere sociale/sanitario/socio-sanitario, pianificando e coordinando gli interventi e attivando se necessario le risorse più appropriate.
Coerentemente, gli interventi disposti dalla Regione del Veneto per la realizzazione del piano regionale di attuazione del PNRR, hanno visto nel corso del 2024 l'attivazione di 49 COT secondo il modello previsto dalla DGR n. 721/2023 che prevede la loro articolazione su due livelli: COT Hub a valenza aziendale e COT Spoke a valenza distrettuale.

Figura 17.9.1 Localizzazione delle COT attivate nella Regione del Veneto, Anno 2024



Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

17.10 Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri

Nel corso degli anni il Veneto è stato interessato dall'arrivo di popolazione straniera dovuto sia ai flussi migratori che al conflitto, a tutt'oggi ancora in corso in Ucraina. In un'ottica di integrazione ed accoglienza la Regione del Veneto, nel rispetto dell'art. 32 Cost. e della normativa comunitaria e nazionale, tutela la salute e garantisce assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti a vario titolo sul territorio regionale. A coloro che possiedono i requisiti per l'iscrizione al SSN, è assicurata la parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani, attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.
La Regione del Veneto altresì tutela la salute dei minori stranieri presenti sul territorio, indipendentemente dalla regolarità del soggiorno, in ottemperanza a quanto previsto dalla Convenzione sui diritti del fanciullo di New York del 1989. A tal fine garantisce l'iscrizione al SSN con assegnazione a PLS o MMG, in condizioni di parità con i cittadini italiani. Ai cittadini stranieri maggiorenni non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno che si trovano in condizioni di indigenza, viene rilasciata una tessera con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che consente l'ottenimento di cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e cure essenziali o continuative, per malattia, maternità, infortunio in tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Ai cittadini appartenenti ad uno Stato membro dell'Unione Europea dimoranti in Italia in condizioni di fragilità sociale, sprovvisti di copertura sanitaria nel loro paese e non iscrivibili al SSN, l'assistenza sanitaria viene erogata attraverso il rilascio di una tessera con codice ENI (Europeo Non Iscritto), con validità esclusivamente nel territorio regionale, garantendo le medesime prestazioni previste per i titolari di tessera con codice STP.
Nel 2024 il Veneto è stato interessato dall'ingresso di cittadini stranieri in temporaneo soggiorno (turisti) assicurati presso gli altri Stati dell'Unione Europea, Regno Unito, SEE (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e Svizzera, in possesso di regolare TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia) rilasciata dal proprio Stato di provenienza. Tale tessera ha consentito loro di accedere alle prestazioni sanitarie necessarie sotto il profilo medico durante la permanenza in Italia. Inoltre, ai cittadini assicurati presso i citati Stati esteri, autorizzati a trasferirsi in Italia per ricevere cure adeguate al loro caso clinico o per ottenere cure programmate, in possesso della specifica modulistica comunitaria, sono state erogate le prestazioni sanitarie richieste, con conseguente addebito dei relativi oneri a carico dello Stato di appartenenza. Analogamente, in base alla normativa comunitaria vigente è stata garantita, a parità di condizione con il cittadino italiano, l'erogazione delle prestazioni sanitarie in favore di lavoratori in distacco, titolari di pensione estera e familiari delle predette categorie, assicurati presso le Istituzioni estere, con conseguente addebito degli oneri a carico dello Stato di appartenenza. In seguito alla proroga dello Stato di emergenza fino al 31 dicembre 2024, la Regione Veneto ha garantito anche per il 2024 l'assistenza sanitaria a favore dei cittadini stranieri provenienti dall'Ucraina e richiedenti protezione temporanea, a parità di trattamento con i cittadini italiani. Sin dall'inizio del conflitto, sul territorio regionale sono state adottate risposte tempestive ed efficaci finalizzate a garantire la salute di questi soggetti.

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 – 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041 279 3404 - 3529

Aree di intervento

18. Assistenza domiciliare

CONTENUTI

- 18.1 Organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata
- 18.2 Prestazioni erogate in assistenza domiciliare

Assistenza Domiciliare in Veneto, Anno 2024

Organizzazione

DGR n. 277/2024: definisce le linee di indirizzo per le Cure Domiciliari, al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi di Cure Domiciliari e Cure Palliative adulte e pediatriche

DGR n. 574/2023: approva il Piano operativo regionale – Assistenza Domiciliare, relativo al Sub-Investimento PNRR M6C1-1.2.1, per arrivare ad aumentare le prestazioni rese in assistenza domiciliare.

Attività di Cure Domiciliari

2.162.206 accessi erogati a pazienti in **Cure Domiciliari**

158.848 pazienti assistiti in **Cure Domiciliari**

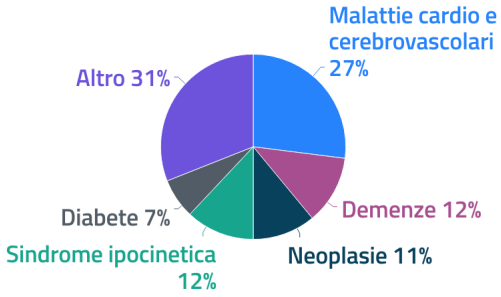
63.125 persone assistite in **Cure Domiciliari intensive**

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Cure Domiciliari in Veneto, anno 2024

Tassi di assistiti per 1.000 abitanti per Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)

Diagnosi più frequenti negli assistiti in Cure Domiciliari



Obiettivo PNRR «Casa come primo luogo di cura (ADI)», anno 2024

Percentuale di persone over 65 anni assistite in assistenza domiciliare

12,1%

Target PNRR 11%

Range tra Aziende ULSS 10,3%-13,2%

* DM 23 gennaio 2023

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

18.1 Organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata

Lo sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari sul territorio regionale, che ha come punti cardine la continuità dell'assistenza ed una presa in carico globale del paziente, è proseguito nel 2024 in linea con quanto previsto dal PNRR e del Decreto Ministeriale n. 77/2022.

Con DGR n. 277/2024, sono state approvate le linee di indirizzo finalizzate a completare gli elementi organizzativi del modello regionale delle Cure Domiciliari, al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi di Cure Domiciliari e Cure Palliative adulte e pediatriche, delineare le iniziative volte al raggiungimento dell'incremento del volume di prestazioni rese in assistenza domiciliare, favorire l'implementazione di servizi di Telemedicina nel setting domiciliare e sviluppare le competenze del personale delle cure domiciliari.

Sono inoltre proseguite nel 2024 le attività previste con DGR n. 574/2023 che ha approvato il Piano operativo regionale – Assistenza Domiciliare, relativo al Sub-Investimento PNRR M6C1-1.2.1, per arrivare ad aumentare le prestazioni rese in assistenza domiciliare.

Nota Metodologica

Le informazioni sulla rete delle cure palliative si basa sulla mappatura delle sedi organizzative/operative delle Cure Domiciliari/Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Anno 2024 - Fonte Monitoraggio U.O. Cure Primarie.

Tabella 18.1.1 Numero di sedi delle Cure Domiciliari (ADI) delle Aziende ULSS. Veneto, anno 2024

Tipologia sede	N.
Sedi ADI con Centrale	45
Altre Sedi ADI	49

Mappatura sedi organizzative/operative delle Cure Domiciliari/Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Anno 2024 - Fonte monitoraggio UO Cure Primarie

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Cure primarie

Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

cureprimarie@regione.veneto.it

041.279.3404 - .3529

18.2 Prestazioni erogate in assistenza domiciliare

Complessivamente nel corso del 2024 risultano erogati a residenti in Veneto 2.162.206 accessi domiciliari.
Considerando solo gli accessi degli operatori sanitari di cure domiciliari, risultano essere stati effettuati 1.855.920 accessi, in particolare da infermieri (74%, 1.366.302 accessi) e da medici di medicina generale (15%, 281.539 accessi).
Il tasso di accessi per 1.000 residenti evidenzia una marcata variabilità tra Aziende ULSS sia sul tasso complessivo (range 696,0 -332,1 per 1.000 residenti) che su quelli per tipologia di operatore sanitario (Figura 18.2.1).
Nel 2024 più di 9 assistiti su 10 hanno 65 anni o più ed in questa fascia di popolazione risultano in carico più del 12% degli assistiti, il 4,8% in maniera più intensiva, cioè con almeno una presa in carico (PIC) di livello 1 o superiore erogata nel corso dell'anno. Sia il tasso complessivo di assistiti ultra 65-enni che quello di soggetti presi in carico più intensiva risultano in aumento rispetto al 2023.
Gli assistiti ultra 75enni sono invece quasi il 78% degli assistiti presi in carico e il 19,9% della popolazione residente mentre i presi in carico in modo intensivo rappresentano il 7,8% dei residenti; anche in questa fascia d'età i valori risultano in aumento rispetto al 2023 (Tabella 18.2.1).

Le malattie cardio e cerebrovascolari risultano essere le patologie più frequenti tra gli assistiti in Cure Domiciliari (27%) seguite dalle demenze (12%) e dalle neoplasie (11%). Considerando i soli soggetti seguiti in maniera più intensiva, le diagnosi prevalenti risultano essere le malattie cardio e cerebrovascolari (24%), le neoplasie (18%) e le demenze (12%).
A seguito dell'emanazione del DM del 12 marzo 2019, il monitoraggio dell'attività sanitaria è misurata da alcuni indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) definiti core, che contribuiscono alla valutazione da parte del Ministero della Salute dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).
Per le cure domiciliari l'indicatore core di valutazione è il "tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (Coefficiente di Intensità Assistenziale - CIA)".
Nel 2024 il Veneto risulta superare la soglia prevista in tutti i livelli di intensità (Figura 18.2.2); in particolare il tasso di pazienti assistiti ogni 1.000 abitanti risulta pari a 6,3 per CIA di livello 1 (soglia 4,0 x 1.000 ab.), 3,6 per il livello 2 (soglia 2,5 x 1.000 ab.) e 3,1 per il livello 3 (soglia 2,0 x 1.000 ab.). Anche considerando i valori delle singole aziende ULSS le soglie risultano sostanzialmente soddisfatte nonostante una certa variabilità intra-regionale.
Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il DM 23/01/2023 ha decretato la ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» per aumentare le prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico a livello nazionale il 10% della popolazione residente di età superiore ai 65 anni. Per il raggiungimento del target, stabilito per il Veneto al 11%, si considerano assistiti in Cure Domiciliari tutti i soggetti residenti con almeno una presa in carico di tipo sanitario o socio-sanitario in cui è registrata almeno una diagnosi, uno o più bisogni assistenziali e una

SVAMA semplificata.
Nel 2024 la percentuale rilevata in Veneto di assistiti residenti di età 65 anni o più presi in carico è risultata pari al 12,1%, valore superiore al target assegnato.
In otto Aziende ULSS su nove il valore risulta superiore al target e la variabilità intra-regionale è ridotta (Figura 18.2.3).

Nota Metodologica

Tutti le elaborazioni si basano sulle informazioni presenti nel flusso informativo di "Assistenza e Cure Domiciliari" (DGR 1722/2004) con dati aggiornati al 27/03/2024. L'attività di Cure Domiciliari considerata è quella relativa alle prese in carico (PIC) attive al 2024; il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è calcolato sull'intero periodo di assistenza delle PIC anche se iniziato in anni precedenti mentre il conteggio del numero di accessi è fatto solo su quelli erogati nel 2024.

Figura 18.2.1 Tassi di accessi sanitari per 1.000 abitanti per ULSS di residenza. Veneto, anno 2024

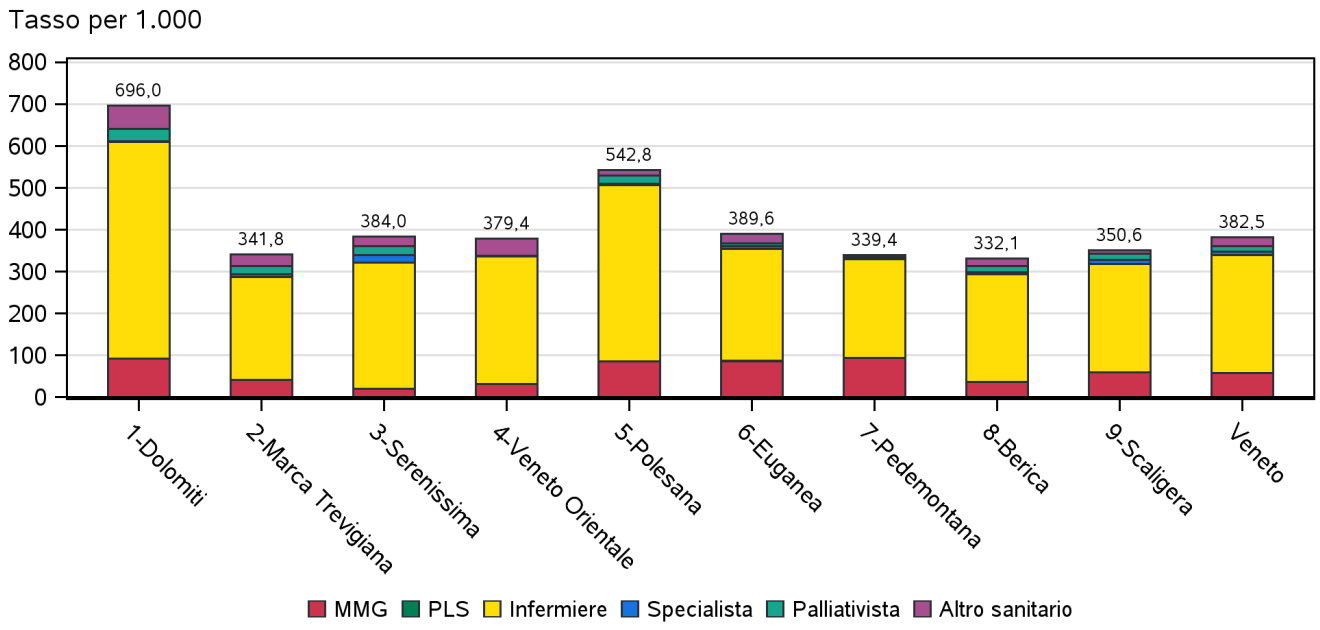


Tabella 18.2.1 Indicatori di attività delle Cure Domiciliari. Veneto, periodo 2021-2024

Indicatori	Almeno 1 accesso all'anno				Almeno una PIC di livello 1 o più			
	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
Numero assistiti	143.239	133.150	145.487	158.848	58.648	57.823	59.700	63.125
Assistiti 65+ anni	119.969	115.640	129.175	143.872	47.482	49.014	52.495	56.580
% assistiti 65+ anni	83,8%	86,8%	88,8%	90,6%	81,0%	84,8%	87,9%	89,6%
Tasso x 1.000 ab. 65+ anni	105,0	100,1	110,5	121,2	41,6	42,4	44,9	47,7
Assistiti 75+ anni	101.410	99.427	110.039	123.751	38.660	40.543	44.051	48.127
% assistiti 75+ anni	70,8%	74,7%	75,6%	77,9%	65,9%	70,1%	73,8%	76,2%
Tasso x 1.000 ab. 75+ anni	174,8	166,7	181,4	199,3	66,6	68,0	72,6	77,5

Figura 18.2.2 Tassi di assistiti per 1.000 abitanti per ULSS di residenza e Coefficiente di Intensità Assistenziale. Veneto, anno 2024

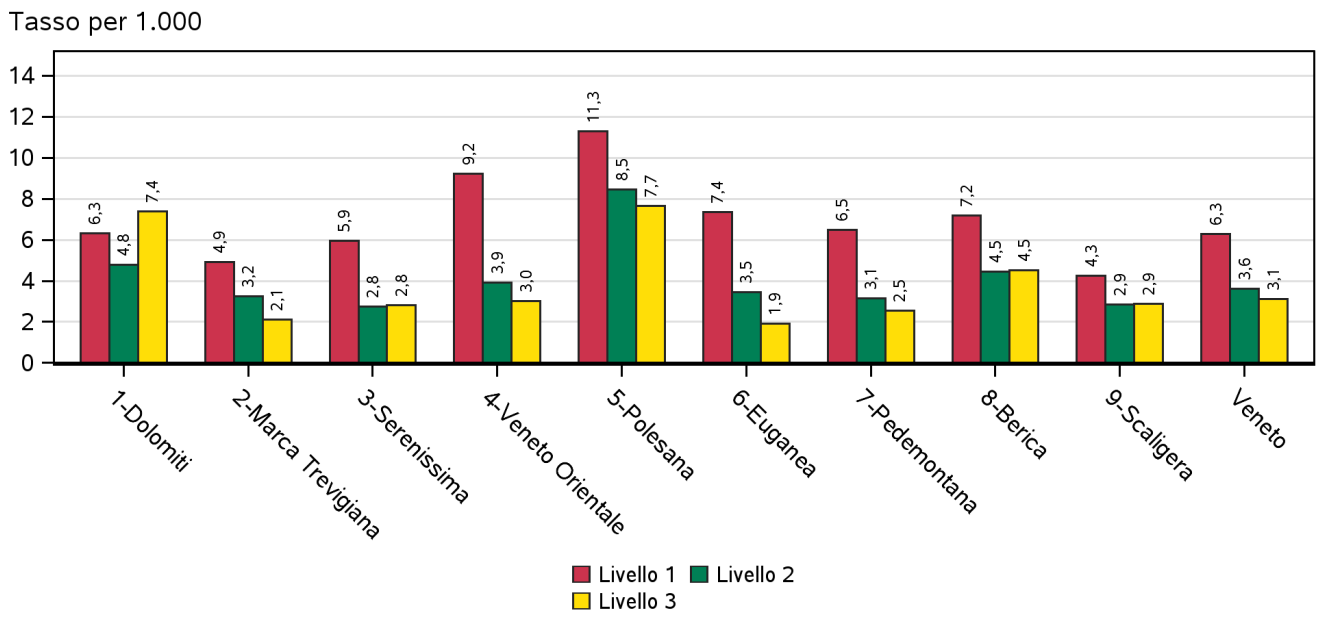
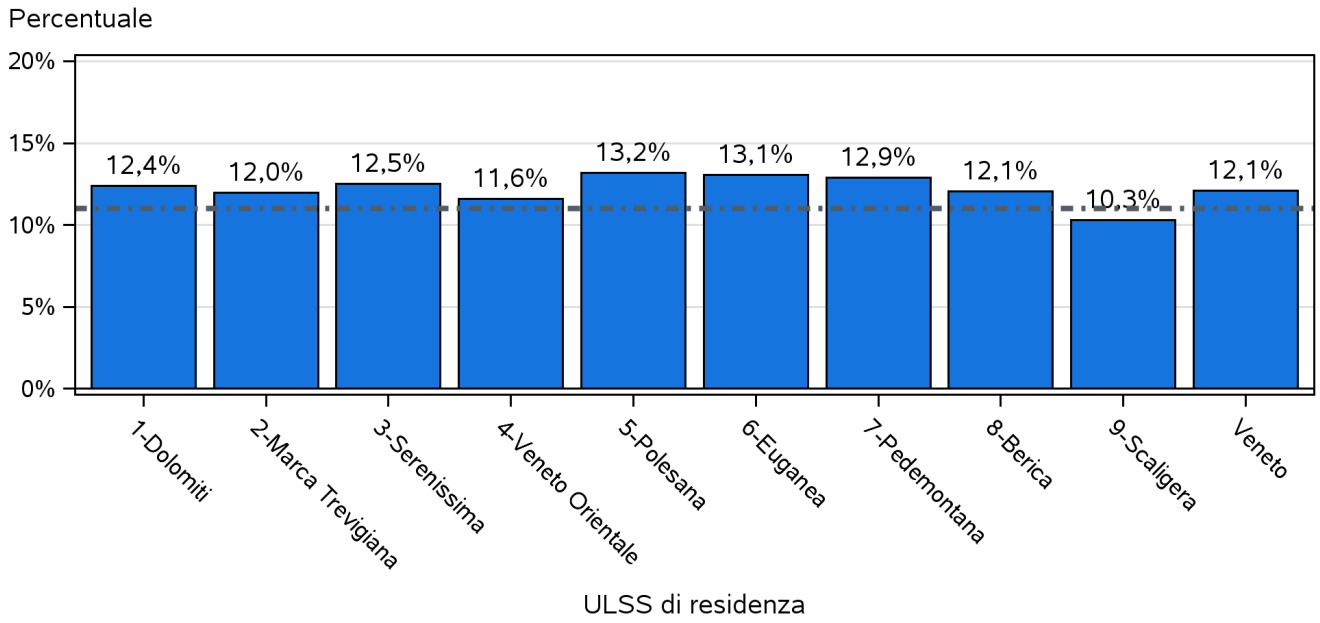


Figura 18.2.3 Percentuale di persone over 65 anni assistite in assistenza domiciliare confrontata con il target previsto dal PNRR (11% - linea tratteggiata). Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

Aree di intervento

19. Cure palliative

Cure Palliative in Veneto, Anno 2024

Organizzazione

Reti di cure palliative formate da servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali accreditate secondo i requisiti delle DGR n. 1636/2022 e n. 1262/2023.
In ogni Azienda ULSS c'è l'UOC di Cure Palliative che coordina la rete locale di cure palliative e le UPCDOM - Unità di Cure Palliative Domiciliari (44 in Veneto)

Cure Palliative Domiciliari

392.069 accessi erogati a domicilio a pazienti in **Cure Palliative**, il **17%** da **Medici Palliativisti**

12.877 pazienti assistiti in **Cure Palliative Domiciliari**

10.538 persone assistite con diagnosi **oncologica**

Cure Palliative in Hospice pediatrico e per adulti

23 Hospice per Adulti
1 Hospice Pediatrico

3.802 ricoveri
91% pazienti oncologici
92% ricoveri con decesso

320 ricoveri
4% pazienti oncologici
2% ricoveri con decesso

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative e deceduti a domicilio o in Hospice

Range tra Aziende ULSS 49%-59%

Ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero ≤ 7 giorni

Range tra Aziende ULSS 11%-27%

Integrazione dell'Hospice con l'assistenza domiciliare

38% dei ricoveri in hospice i pazienti provengono dal domicilio con un **programma attivo di cure domiciliari**

5% dei ricoveri in hospice i pazienti dimessi tornano a casa con un **programma di assistenza domiciliare**

Caratteristiche dei ricoverati in Hospice pediatrico

pazienti di età compresa tra 0 e 29 anni
53% con malattie del sistema nervoso
21% con malformazioni congenite o condizioni morbose di origine perinatale

I bisogni maggiormente affrontati sono:
17% gestione dell'insufficienza respiratoria
17% gestione delle stomie artificiali
3% somministrazione di cure palliative

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

La Regione del Veneto ha intrapreso da tempo un articolato percorso per lo sviluppo delle cure palliative e la lotta al dolore per assistere adeguatamente la complessità e molteplicità dei bisogni clinico-assistenziali dei malati ed assicurare a loro e ai loro familiari una migliore qualità di vita, in modo equo e uniforme.
La rete per le cure palliative è formata da un'integrazione di servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali nell'ambito del territorio di riferimento, secondo il modello della DGR 208/2017, con specifici percorsi di presa in cura strutturati, sia per l'area adulta (DGR 553/2018) che pediatrica (DGR 140/2022).
Per migliorarne il governo clinico la Regione del Veneto ha introdotto un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative approvando i requisiti di accreditamento istituzionale; con DGR 1636/2022 delle reti di cure palliative; con DGR 1262/2023 della rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, prevista dalla LR 22 del 16/08/2002. In ogni Azienda ULSS è istituita un'Unità Operativa Complessa di Cure Palliative che coordina la Rete locale di cure palliative e le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPDOM). Quest'ultime erogano assistenza a domicilio con il supporto del personale del Servizio delle Cure Domiciliari opportunamente formato, come previsto dalla DGR 721/2022, per l'adeguamento della rete delle cure palliative e dal DM 77/2022.
Nel 2024 sono stati assistiti dalle 44 UCPDOM 12.877 pazienti, di cui 10.538 oncologici, ai quali sono stati erogati 392.069 accessi complessivi, di cui 65.508 da parte del medico palliativista. L'indicatore NSG "percentuale di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore" monitora l'attività svolta, considerando gli assistiti in cure domiciliari e in Hospice. Nel 2024 il Veneto, con 53%, risulta superiore alla soglia minima stabilita dal ministero (35%, ma leggermente inferiore a quella ottimale - 55%), pari a 6.917 assistiti, di cui 3.904 deceduti a casa durante una presa in carico di cure palliative domiciliari e 3.013 deceduti in Hospice. Tutte le Aziende ULSS raggiungono valori elevati, con un range che varia dal 48,7% dell'ULSS 7 Pedemontana al 58,8% dell'ULSS 1 Dolomiti.
In Veneto nel 2024 sono attivi 24 hospice con 226 posti letto, 4.122 dimissioni, 16,6 giorni di degenza media, 187 pazienti presenti giornalmente e un tasso di occupazione dell'83%. Negli hospice per adulti, il 99% dei pazienti sono residenti in Veneto, con un'età media di 76 anni, il 53% sono maschi, il 91% dei ricoveri è oncologico, il 92% dei ricoveri si conclude per decesso. Guardando l'integrazione con l'assistenza domiciliare, si osserva che la percentuale di ricoveri in hospice provenienti dal domicilio con un programma attivo di cure domiciliari riguarda più di un terzo dei pazienti, il 5% torna a casa con un programma di assistenza domiciliare (nell'ULSS 2 Marca Trevigiana e nell'ULSS 1 Dolomiti questo valore è più rilevante). L'indicatore ministeriale "Percentuale di ricoveri in hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero ≤ 7 giorni" monitora i ricoveri troppo brevi rispetto alla funzionalità degli hospice, fatti salvi i casi in cui ci sia continuità di cura domiciliare. Nel 2024 il valore regionale è pari a 20%, il range tra ULSS varia dal 11% dell'ULSS 2 Marca Trevigiana al 27% dell'ULSS 9 Scaligera, l'unica che non rispetta la soglia del 25%.
Nell'hospice pediatrico sono stati erogati 320 ricoveri a 195 pazienti di età compresa tra 0 e 29

anni, con un'età media di 11 anni; nel 49% dei casi i ricoveri riguardano bambine; il 95% sono residenti in Veneto; nel 53% si curano le malattie del sistema nervoso, nel 21% le malformazioni congenite o condizioni morbose di origine perinatale, solo nel 4% i tumori. I bisogni maggiormente affrontati sono la gestione dell'insufficienza respiratoria, delle stomie artificiali, delle apparecchiature medicali o respiratorie e la somministrazione di cure palliative. Il 2% dei ricoveri si conclude con il decesso, la durata media dei ricoveri è di 3,9 giorni.

Nota Metodologica

Le informazioni sulla rete delle cure palliative si basa sulla mappatura delle sedi organizzative-operative delle Cure Domiciliari/Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Anno 2024 - Fonte: Monitoraggio U.O. Cure Primarie. Le elaborazioni dell'attività svolta si basano sulle informazioni presenti nel flusso informativo "Hospice" (DGR 2851/2012), con dati aggiornati al 06/04/2025 e sul flusso informativo di "Assistenza e Cure Domiciliari" (DGR 1722/2004), con dati aggiornati al 06/04/2025. L'informazione sul numero di posti letto in Hospice viene ricavato dal modello ministeriale STS24.

Figura 19.1 Percentuale di deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative e deceduti a domicilio o in hospice per ULSS di residenza. Veneto, anno 2024

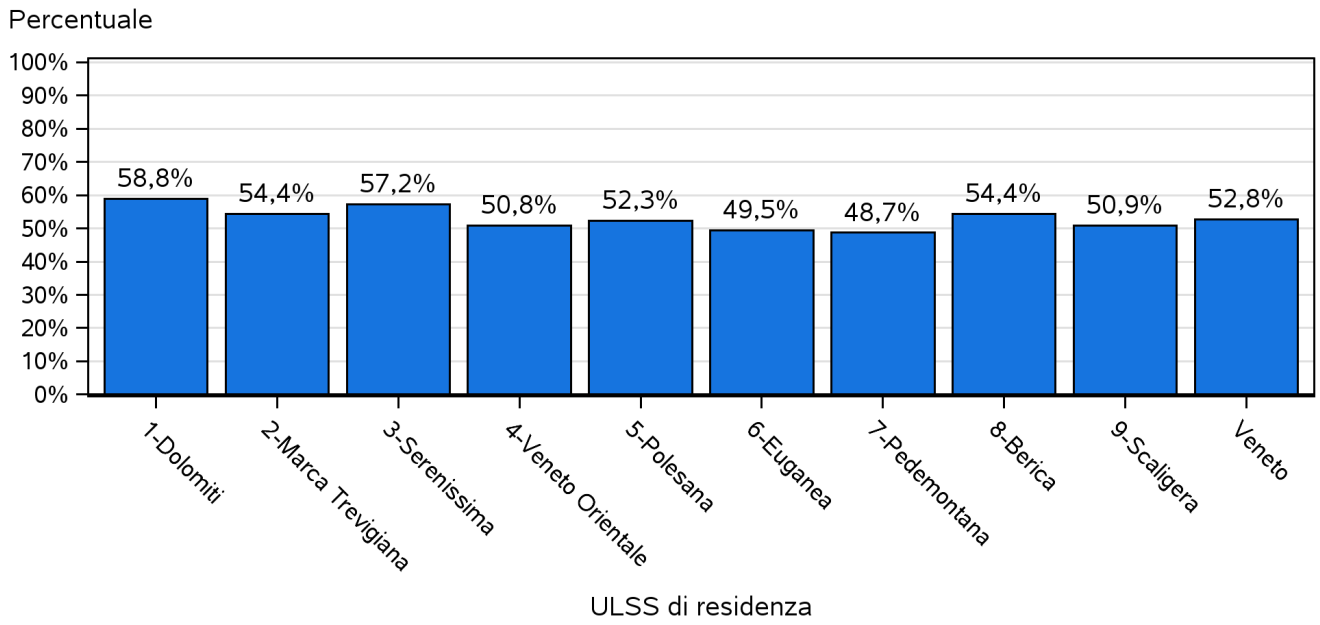


Tabella 19.1 Indicatori di attività per struttura Hospice. Veneto, anno 2024. P.L.=Posti Letto, T.O.=Tasso di Occupazione del posto letto, I.R.=Indice di Rotazione del posto letto, I.T.=Intervallo di Turn-Over

Azienda	Hospice	N° P.L.	Giorni medi attesa	N° ricoveri	Giorni medi degenza	Presenza media	T.O.	I.R.	I.T.
Ulss 1	Belluno	8	2,5	120	22,3	7,3	91,5	15,0	2,1
Ulss 1	Feltre	7	0,2	166	13,3	6,0	86,1	23,7	2,1
Ulss 2	Vittorio Veneto	10	1,1	200	17,0	9,3	93,0	20,0	1,3
Ulss 2	Treviso	18	5,0	322	18,3	16,1	89,3	17,9	2,2
Ulss 3	VE-Zelarino	8	3,5	144	14,5	5,7	71,2	18,0	5,8
Ulss 3	Venezia	8	6,5	81	30,1	6,7	83,2	10,1	6,1
Ulss 3	VE-Mestre	25	4,2	288	24,8	19,5	77,9	11,5	7,0
Ulss 4	San Donà di Piave	9	0,3	116	16,3	5,2	57,3	12,9	12,1
Ulss 5	Lendinara	10	4,6	189	16,7	8,6	86,2	18,9	2,7
Ulss 5	Adria	5	9,8	91	18,2	4,5	90,7	18,2	1,9
Ulss 6	Camposampiero	6	7,7	141	14,3	5,5	92,0	23,5	1,2
Ulss 6	Cittadella	6	8,3	90	25,2	6,0	100,0	15,0	0
Ulss 6	PD-Paolo VI	16	7,2	320	15,8	13,8	86,3	20,0	2,5
Ulss 6	Montagnana	8	6,2	136	19,6	7,3	90,9	17,0	1,9
Ulss 7	Bassano del Grappa	10	1,4	109	25,6	7,6	76,3	10,9	7,9
Ulss 7	Asiago	3	2,8	28	26,1	2,0	66,5	9,3	13,1
Ulss 7	Thiene	9	0,0	122	20,5	6,8	76,0	13,6	6,5
Ulss 8	Arzignano	7	0,4	154	14,4	6,0	86,3	22,0	2,3
Ulss 8	Vicenza	12	3,4	258	13,5	9,5	79,1	21,5	3,6
Ulss 9	Cologna Veneta	7	4,0	103	20,8	5,9	83,6	14,7	4,1
Ulss 9	VR-Marzana	14	16,2	186	20,6	10,5	74,8	13,3	6,9
Ulss 9	Castelnuovo-Garda	10	3,5	292	9,5	7,6	75,8	29,2	3,0
AOPD	Hospice Pediatrico	4	21,7	320	3,9	3,4	85,5	80,0	0,7
IOV	IOV-Castelfranco	6	3,7	146	14,7	5,9	97,9	24,3	0,3
Veneto		226	5,9	4.122	16,6	186,9	82,7	18,2	3,5

Figura 19.2 Ricoveri in Hospice per struttura di provenienza e ULSS di residenza. Veneto, anno 2024

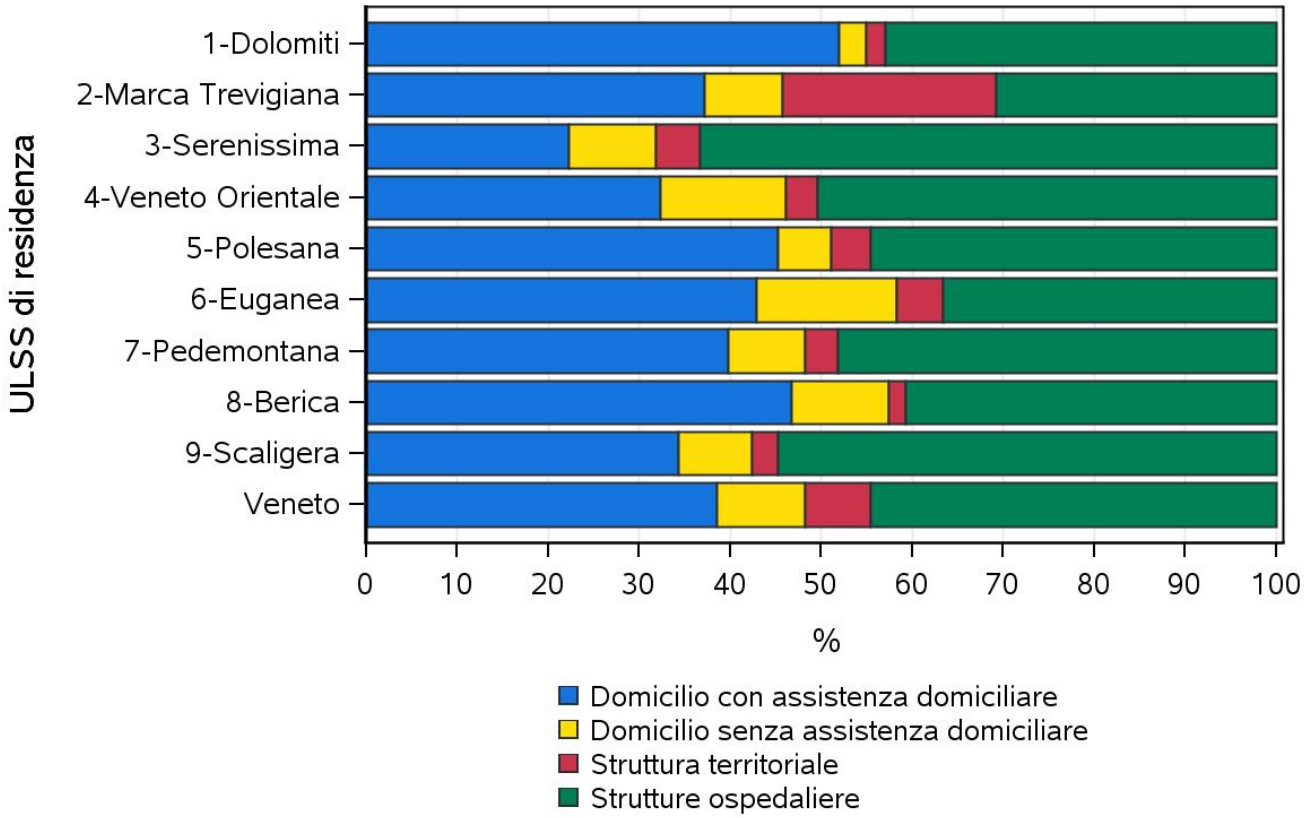


Figura 19.3 Ricoveri in Hospice per modalità di dimissione e ULSS di residenza. Veneto, anno 2024

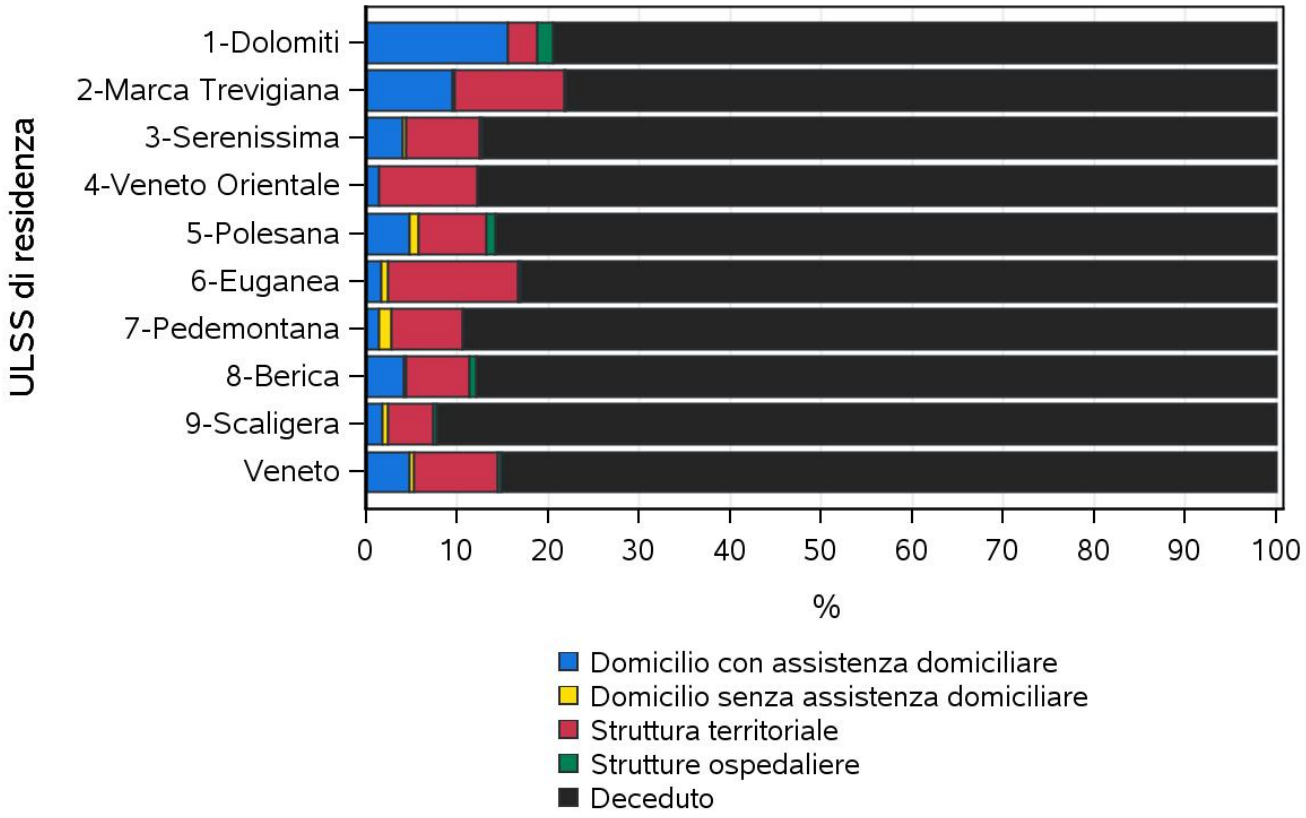
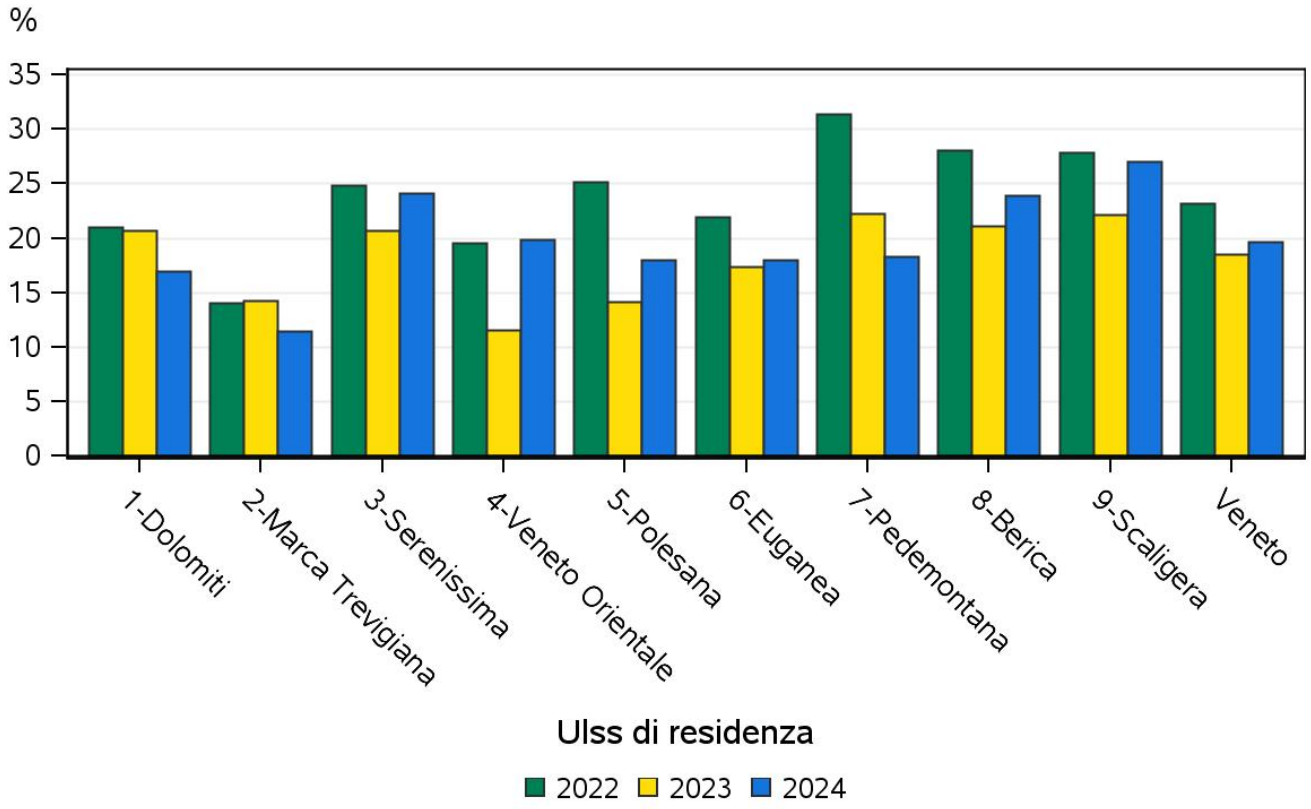


Figura 19.4 Percentuale di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg, per ULSS di residenza. Veneto, periodo 2022-2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132, Padova

ser@azero.veneto.it

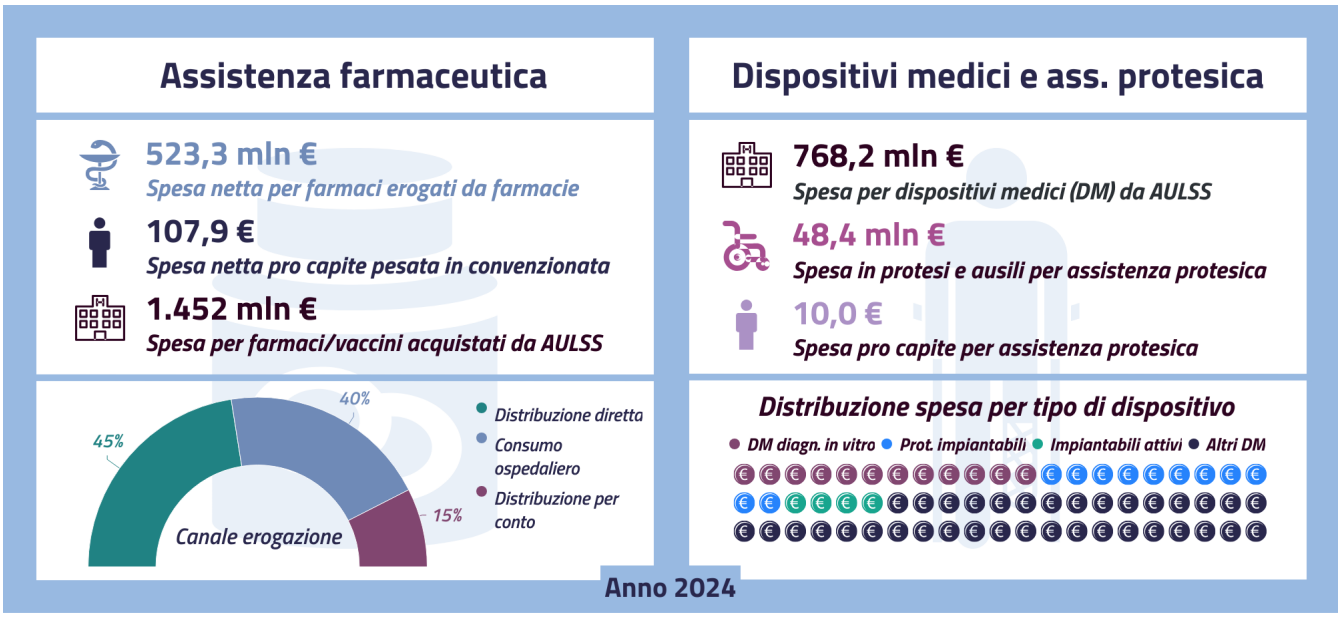
049 8778252

Aree di intervento

20. Assistenza farmaceutica, protesica e dei dispositivi medici

CONTENUTI

- 20.1 Assistenza farmaceutica
- 20.2 Dispositivi medici e assistenza protesica
- 20.3 Farmacia dei servizi



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

20.1 Assistenza farmaceutica

Nel 2024, la spesa farmaceutica netta erogata dalle farmacie convenzionate con il SSN e comprensiva della remunerazione aggiuntiva è stata pari a circa 523,3 milioni di euro, in aumento del +3,3% rispetto al 2023.
La spesa farmaceutica netta pro capite pesata in convenzionata è stata pari a 107,9 euro, con una variabilità tra Aziende ULSS che passa da 102,6 euro a 111,8 euro (Figura 20.1.1).
La spesa per farmaci (incluso vaccini) acquistati direttamente dalle Aziende sanitarie, è stata pari a circa 1.452 milioni di euro, in aumento del +9,6% rispetto al 2023.
Con riferimento al canale di erogazione dei consumi 2024, si evidenzia che circa due terzi del totale è erogato in distribuzione diretta (45%) e distribuzione per conto (DPC, 15%). La parte restante è consumo ospedaliero (40%), come descritto in Figura 20.1.2.
La spesa per acquisti diretti di farmaci con accesso al fondo innovativi nazionale è stata pari a circa 91,3 milioni di euro, in aumento del 13,5% rispetto al 2023.
Le classi di farmaci che hanno maggiormente contribuito all'aumento della spesa per acquisti diretti (inclusa la quota addebitata dalle strutture private accreditate in file F) sono rappresentate da farmaci oncologici e oncoematologici, immunosoppressori, antitrombotici, farmaci usati per il diabete e vaccini (Tabella 20.1.1).
Al fine di rispettare i vincoli previsti a livello nazionale (legge n. 213 del 2023), che impongono a livello regionale il rispetto del tetto alla spesa farmaceutica regionale pari al 15,3% del Fondo Sanitario Regionale (FSR, escluso quella per farmaci innovativi), la Regione in collaborazione con Azienda Zero:
- ha stabilito limiti di costo per la farmaceutica acquisti diretti e quella convenzionata per singola Azienda Sanitaria (DDR 7/2024, DDR 27/2024) assegnati come obiettivi alle Direzione Generali delle Aziende Sanitarie (DGR 1682/2023) e oggetto di periodici monitoraggi (mensili e trimestrali), incontri e valutazioni intermedie e finali;
- ha elaborato e diffuso documenti in materia di valutazione, uso appropriato e costi dei farmaci, elaborati attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari istituiti ad hoc tra cui: 1 linea di indirizzo in materia di "Procedura per la valutazione regionale dei farmaci C(nn)" (DDR 98/2024, DDR 101/2024) e uno in materia di "Procedure regionali tecnico-operative per la corretta gestione delle terapie farmacologiche nei servizi per le dipendenze (Ser.D) e servizi accreditati del privato sociale" (DDR 36/2024);
- ha individuato sistematicamente i centri autorizzati alla prescrizione di farmaci ad alto impatto di spesa sulla base delle indicazioni fornite da AIFA, al fine di assicurare una maggiore coerenza tra volumi di casi trattati e prescrizione di farmaci ad alto costo e/o impatto (66 istruttorie).

Figura 20.1.1 Costo netto pro capite pesato in convenzionata. Veneto, Anno 2024 (Fonte: report farmaceutica gen-dic 2024)

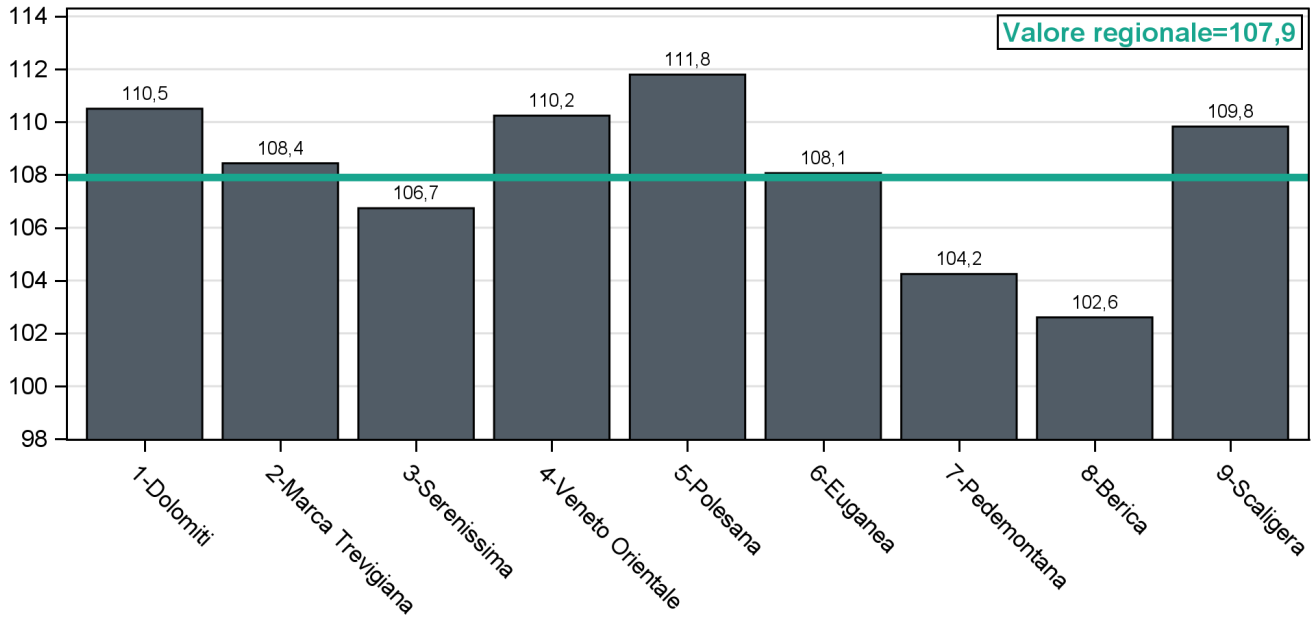


Figura 20.1.2 Spesa per consumi acquisti diretti per canale di erogazione. Veneto, Anno 2024 (Fonte: flussi farmaceutica – diretta e consumi ospedalieri – gen-dic 2024)

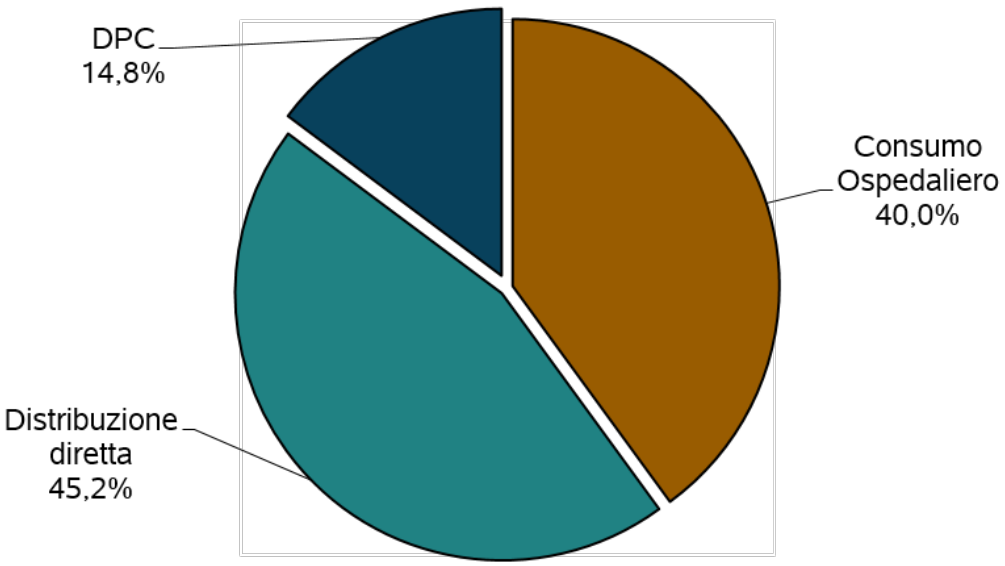


Tabella 20.1.1 Spesa per consumi acquisti diretti per categoria terapeutica. Veneto, Anno 2024 (Fonte: report farmaceutica gen-dic 2024)

Categoria terapeutica	Spesa	var ass vs 23	var % vs 23	% su tot
L01. CITOSTATICI	396.661.907	50.426.412	14,56%	26,66%
L04. IMMUNOSOPPRESSORI	204.216.717	14.706.098	7,76%	13,73%
B01. ANTITROMBOTICI	96.406.488	3.112.449	3,34%	6,48%
A10. FARMACI USATI NEL DIABETE	83.596.366	8.925.752	11,95%	5,62%
J07. VACCINI	75.699.387	2.557.229	3,50%	5,09%
J05. ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	63.999.774	4.457.039	7,49%	4,30%
B02. ANTIEMORRAGICI	54.846.570	2.429.633	4,64%	3,69%
R07. ALTRI PREPARATI PER IL SISTEMA RESPIRATORIO	44.406.388	4.158.564	10,33%	2,98%
L02. TERAPIA ENDOCRINA	34.185.724	3.334.289	10,81%	2,30%
A16. ALTRI FARMACI DELL'APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	33.408.609	299.076	0,90%	2,25%
J06. SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	28.525.960	10.212.306	55,76%	1,92%
N07. ALTRI FARMACI DEL SISTEMA NERVOSO	23.303.225	4.040.254	20,97%	1,57%
M09. ALTRI FARMACI PER LE AFFEZIONI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRI	22.112.315	5.327.704	31,74%	1,49%
S01. OFTALMOLOGICI	20.561.874	-725.217	-3,41%	1,38%
B05. SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	19.634.632	356.022	1,85%	1,32%
V03. TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEUTICI	19.287.672	-3.392.502	-14,96%	1,30%
D11. ALTRI PREPARATI DERMATOLOGICI	19.016.791	4.065.626	27,19%	1,28%
C10. SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	18.917.003	6.876.657	57,11%	1,27%
J01. ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	17.128.272	-3.588.223	-17,32%	1,15%
M05. FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE DELLE OSSA	16.784.547	4.794.156	39,98%	1,13%
Altri Anatomical Therapeutic Classification (ATC) (II livello)	195.074.521	9.048.685	4,86%	13,11%
Totale	1.487.774.742	131.422.008	9,69%	100,00%

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici Area Sanità e Sociale

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

041 2793412

041 2793468

20.2 Dispositivi medici e assistenza protesica

La spesa per consumi di dispositivi medici acquistati direttamente dalle aziende sanitarie è stata pari a 768,2 milioni di euro, in aumento del +5,4% rispetto al 2023.
Il 20% del totale è costituito da diagnostici in vitro (IVD), la parte restante e maggioritaria (80%) è costituita da dispositivi medici (DM), di cui il 17% protesici impiantabili, il 6% impiantabili attivi e il restante 57% non impiantabili (Figura 20.2.1).
La Tabella 20.2.1 descrive la spesa per consumi di dispositivi medici (escluso IVD), suddivisa per CND al secondo livello. Le prime 10 CND rappresentano circa il 51% della spesa e, tra queste, solo una è in forte diminuzione rispetto al 2023: teli ed indumenti di protezione esclusi i dispositivi di protezione individuale (CND T02; -15,5%). In forte incremento in termini di spesa rispetto all'anno precedente, risultano invece gli assemblati (+18,0%) e la strumentazione per esplorazioni funzionali ed interventi terapeutici (CND Z12; +12,3%) in particolare i dispositivi per l'automonitoraggio della glicemia e per la gestione del diabete e nelle altre CND gli ausili per l'incontinenza (CND T04 +120,4%) a seguito del passaggio ad acquisto diretto di tali dispositivi.
La spesa 2024 in protesi e ausili per assistenza protesica (indipendentemente dal canale di erogazione) è stata invece pari a 48,4 milioni di euro, in linea al valore 2023 (+0,3%).
La Tabella 20.2.2 riporta i consumi dei primi 10 ISO al secondo livello che rappresentano circa l'88% del totale e, tra questi, quelli a maggior incremento risultano gli ausili per terapia respiratoria (ISO 04.03) e gli ausili per l'udito (ISO 22.06).
La Legge n. 228/2012 "Legge di stabilità 2013" ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di Dispositivi Medici nella misura del 4,4% del FSN.
Al fine di rispettare tale vincolo e migliorare l'appropriatezza dei consumi di DM, la Regione in collaborazione con Azienda Zero:
- ha stabilito limiti di costo per i Dispositivi Medici (distinto per DM e IVD) e un pro capite pesato per l'Assistenza Protesica (DDR 7/2024, DDR 27/2024) assegnati come obiettivi alle Direzione Generali delle Aziende Sanitarie (DGR 1682/2023) e oggetto di periodici monitoraggi (mensili e trimestrali), incontri e valutazioni intermedie e finali;
- ha elaborato istruttorie per la Commissione Regionale per l'Investimento, Tecnologia e Edilizia (CRITE), in materia di valutazione delle tecnologie e degli investimenti ispirato all'HTA, con l'obiettivo di favorire l'adozione di scelte integrate e coordinate di programmazione strategica, orientate alla razionalizzazione della spesa (73 istruttorie).

Figura 20.2.1 Spesa acquisti diretti per tipologia di dispositivo medico (DM). Anno 2024 (Fonte: CE 2024 – consuntivo)

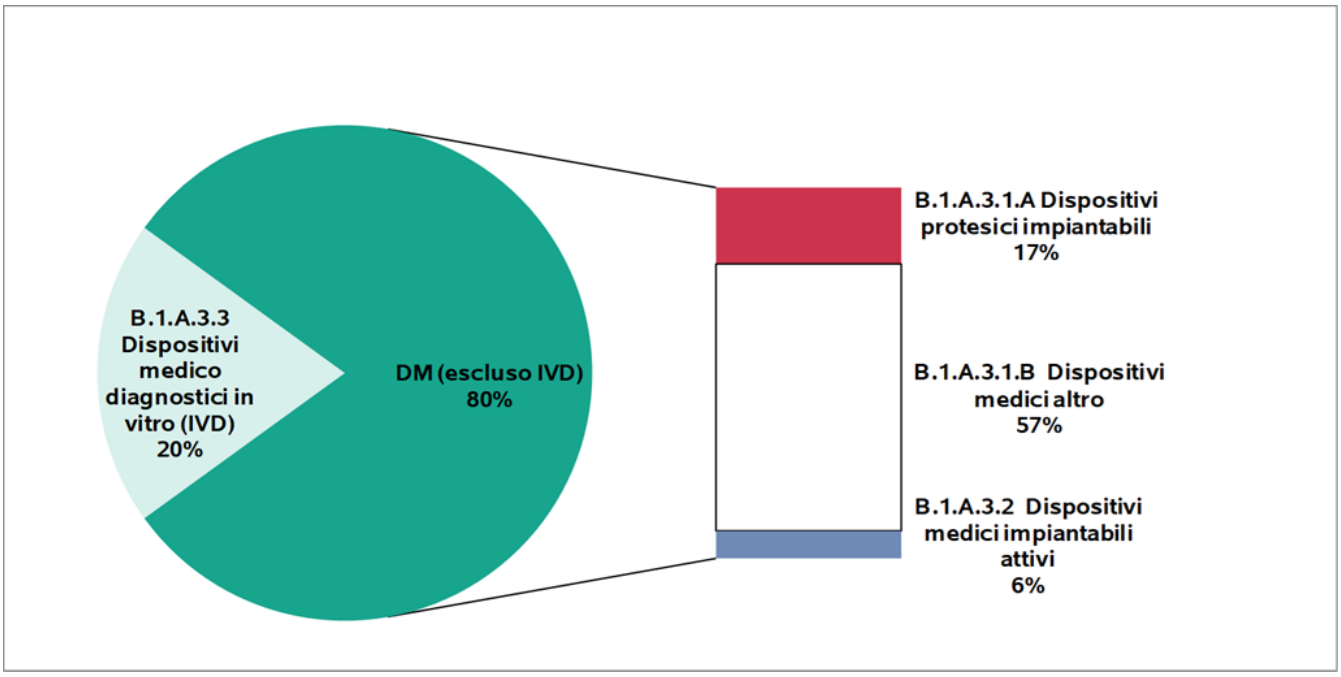


Tabella 20.2.1 Spesa in Dispositivi Medici (escluso IVD) suddivisa per Classificazione Nazionale Dispositivi Medici (CND) II livello. Spesa per erogazione. Veneto, anno 2024 (Fonte: report DM gen-dic 2024)

Classificazione Nazionale Dispositivi Medici II livello	Spesa 2024	Var ass vs 2023	Var % vs 2023	Inc % sul totale	Inc % cumulata
Z12.STRUMENTAZIONE PER ESPLORAZIONI FUNZIONALI ED INTERVENTI TERAPEUTICI	53.336.694	5.851.498	12,30%	8,20%	8,20%
P09.PROTESI ORTOPEDICHE E MEZZI PER OSTEOSINTESI E SINTESI TENDINEO-LEGAMENTOSA	48.768.249	1.665.917	3,50%	7,50%	15,70%
P07.PROTESI VASCOLARI E CARDIACHE	46.200.511	3.504.332	8,20%	7,10%	22,80%
non indicato (assemblati)	36.807.976	5.611.608	18,00%	5,70%	28,50%
J01.DISPOSITIVI IMPIANTABILI PER FUNZIONALITA` CARDIACA	36.668.152	1.195.806	3,40%	5,60%	34,20%
C01.DISPOSITIVI PER SISTEMA ARTERO-VENOSO	36.280.039	1.631.894	4,70%	5,60%	39,70%
T04.AUSILI PER INCONTINENZA	26.700.145	14.585.384	120,40%	4,10%	43,90%
T02. TELI ED INDUMENTI DI PROTEZIONE (ESCLUSI I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE DPI)	16.092.475	-2.942.721	-15,50%	2,50%	46,30%
K02.DISPOSITIVI PER ELETTROCHIRURGIA, MONOUSO	15.922.606	131.086	0,80%	2,50%	48,80%
A03.APPARATI TUBOLARI	14.896.232	979.144	7,00%	2,30%	51,10%
Tutto il resto	317.712.206	7.274.161	2,30%	48,90%	100,00%
Totale Spesa DM	606.837.008	29.499.427	6,50%	100,00%	

Figura 20.2.2 Spesa pro capite per Assistenza Protesica. Veneto, Anno 2024 (Fonte: report AP den-dic 2024 – Cruscotto AP)

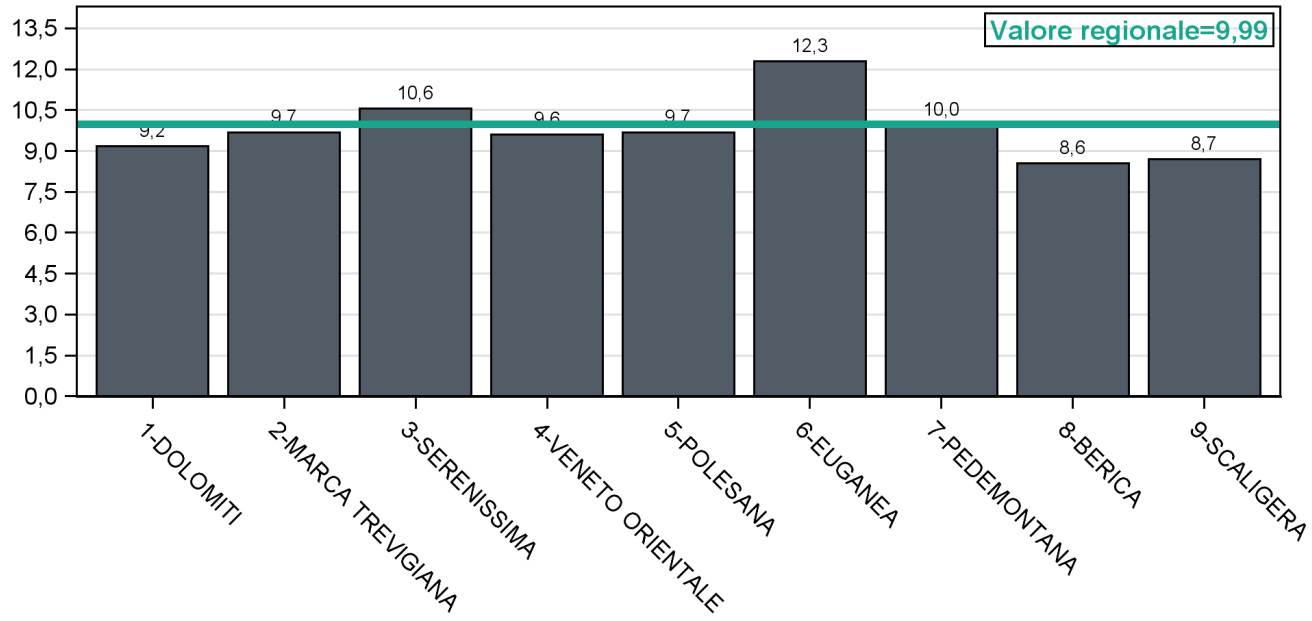


Tabella 20.2.2 Spesa per consumi in Dispositivi Medici per Assistenza Protesica suddivisa per ISO II livello. Spesa per erogazione. Veneto, Anno 2024 (Fonte: report AP gen-dic 2024 – flusso AP)

ISO II livello descrizione	Spesa 2024	Var ass vs 2023	Var % vs 2023	Inc % sul totale	Inc % cumulata
22.06 ausili per l'udito	7.597.967	349.499	4,80%	17,80%	17,80%
04.03 ausili per terapia respiratoria	6.169.157	2.654.004	75,50%	14,40%	32,20%
06.12 ortesi per arto inferiore	4.163.036	-136.618	-3,20%	9,70%	41,90%
18.09 ausili per la posizione seduta	3.772.135	64.088	1,70%	8,80%	50,80%
12.22 carrozzine	3.002.169	-42.763	-1,40%	7,00%	57,80%
06.24 protesi di arto inferiore (LLPS)	2.487.511	-11.808	-0,50%	5,80%	63,60%
06.33 calzature ortopediche	2.261.561	-13.706	-0,60%	5,30%	68,90%
06.03 ortesi spinali	2.202.689	-10.763	-0,50%	5,20%	74,10%
04.33 ausili per la gestione dell'integrità tessutale (ausili antidecubito)	1.588.381	-181.542	-10,30%	3,70%	77,80%
18.12 letti	1.187.120	-344.497	-22,50%	2,80%	80,60%
Tutto il resto	8.312.459	134.528	1,60%	19,40%	100,00%
Totale	42.744.185	2.460.423	6,10%	100,00%	100,00%

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici Area Sanità e Sociale

Rio Novo-Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

041 2793412

041 2793468

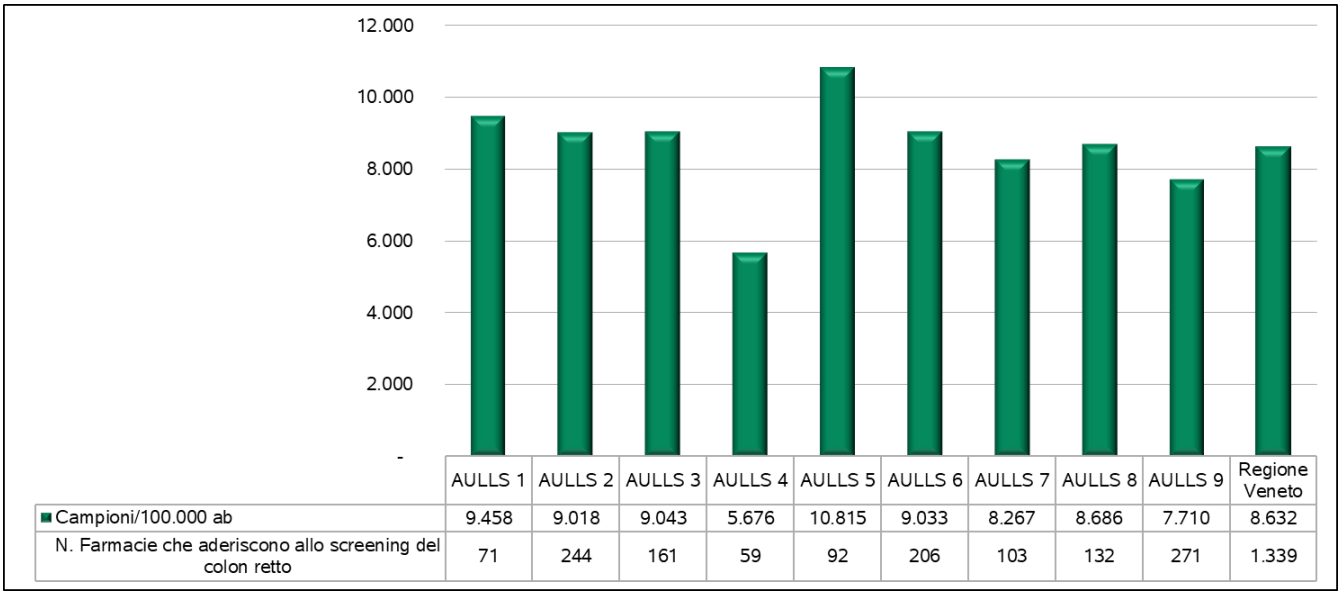
20.3 Farmacia dei servizi

Nell'ambito del DM n. 77/2022 Regione Veneto ha sperimentato attività legate alla Farmacia dei servizi. In particolare, nell'anno 2024 sono stati sviluppati ulteriori progetti finanziati con fondi statali, in ragione di specifiche Intese Stato-Regioni, tra cui servizi di telemedicina. Le principali attività svolte dalle farmacie di comunità, a seguito di adesione volontaria, nell'ambito del SSR hanno riguardato:

- screening del sangue occulto nelle feci per la prevenzione del tumore del colon-retto (CR): svolto dall'89% (1.339/1.501) delle farmacie venete con una buona partecipazione della popolazione eleggibile (Figura 18.3.1). Sono stati ritirati nelle farmacie 418.841 campioni, con un tasso di adesione allo screening del CR pari al 62%, in leggero calo vs 2023 (64%);
- somministrazioni di vaccini antinfluenzali e antiCovid19: sono state effettuate rispettivamente 54.450 e 16.874 vaccinazioni;
- Screening del diabete di tipo 2 (DT2) non noto, effettuato dal 22% delle farmacie. L'obiettivo del progetto era di identificare pazienti (pz) con possibile patologia diabetica ancora inconsapevoli di averla. Era prevista la somministrazione ai pz di un questionario standardizzato (Q.S.) per la determinazione del rischio di DT2 e successiva effettuazione di test glicemico, se risultati a "rischio elevato" di insorgenza di DT2 (Figura 18.3.2). Rispetto ai 30.553 arruolati, il 19% (5.757) è stato sottoposto al test glicemico e indirizzato al medico di medicina generale (MMG);
- Screening dell'ipertensione arteriosa non nota, con una partecipazione di metà delle farmacie. Il progetto prevedeva la misurazione della pressione arteriosa ai pz, identificati in base a criteri di arruolamento (C.A.) specificamente definiti, la somministrazione di un Q.S. di valutazione del rischio di ipertensione, all'esito del quale, i pz venivano invitati a rivolgersi al proprio MMG. Il 2% (157) dei 7.868 arruolati sono stati indirizzati al proprio MMG in quanto soggetti a rischio (Figura 18.3.3);
- Screening dell'ipercolesterolemia non nota, con una partecipazione del 50% delle farmacie. Il progetto
prevedeva la somministrazione di un Q.S. ai pz, in base ai C.A. specificamente definiti e l'effettuazione
della determinazione del livello lipidico in presenza di almeno uno dei fattori di rischio (FR) cardiovascolare. Il 77% (8.003/10.439) dei partecipanti al progetto presentavano almeno un FR e quindi sottoposti alla determinazione del profilo lipidico e indirizzati al MMG;
- Monitoraggio dell'aderenza alla terapia farmacologica nei pz con DT2, con una partecipazione del 21%
delle farmacie e 1.498 arruolati. Il progetto prevedeva la somministrazione di un Q.S. pz, identificati in base ai C.A., per verificare l'indice del grado di aderenza del pz stesso. Ai pz risultati essere scarsamente o non aderenti, il farmacista dedicava apposito counselling, invitandoli, a distanza di 2 mesi, ad un follow-up (fup) al fine di verificare l'avvenuto miglioramento dell'aderenza alla terapia. Il 27% degli arruolati si è presentato al fup (405), di cui il 10% ha migliorato l'aderenza;
- Televisita specialistica rivolta ai pz che su indicazione dello specialista potevano effettuare la

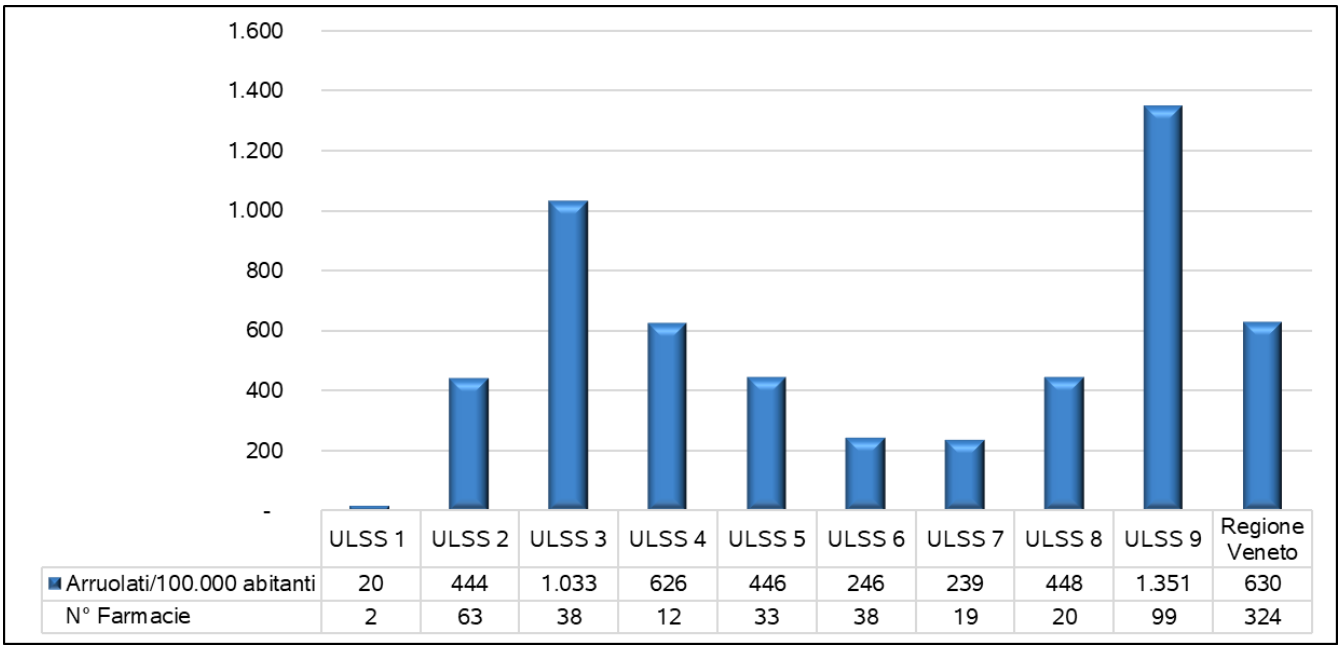
visita di
controllo presso la farmacia da quest'ultimo prescelta, che ha messo a disposizione i necessari spazi e
attrezzature. In particolare, tale servizio è stato attivato dalle AULSS3, AULSS7, AULSS8, per un totale di 34 televisite di cui 31 funzionali al rinnovo dei piani Terapeutici attraverso complessivamente 19 farmacie;
- ECG – Holter pressorio – Holter cardiaco, con la partecipazione del 44% delle farmacie (662/1.501) rispetto a ciascuna fattispecie e per un numero di prestazioni rispettivamente di 5.382, 2.293 e 4.202 (Figura 18.3.4). Le farmacie, verificato il possesso da parte degli utenti dei requisiti stabiliti dagli indirizzi regionali, hanno messo a disposizione spazi, strumenti tecnologici e apparecchiature in collegamento con Provider di propria scelta aventi le dovute caratteristiche secondo le indicazioni ministeriali per la refertazione.

Figura 20.3.1 Progetto Screening del sangue occulto nelle feci – Campioni pervenuti/100.000 abitanti suddivisi per ULSS e farmacie aderenti - Anno 2024



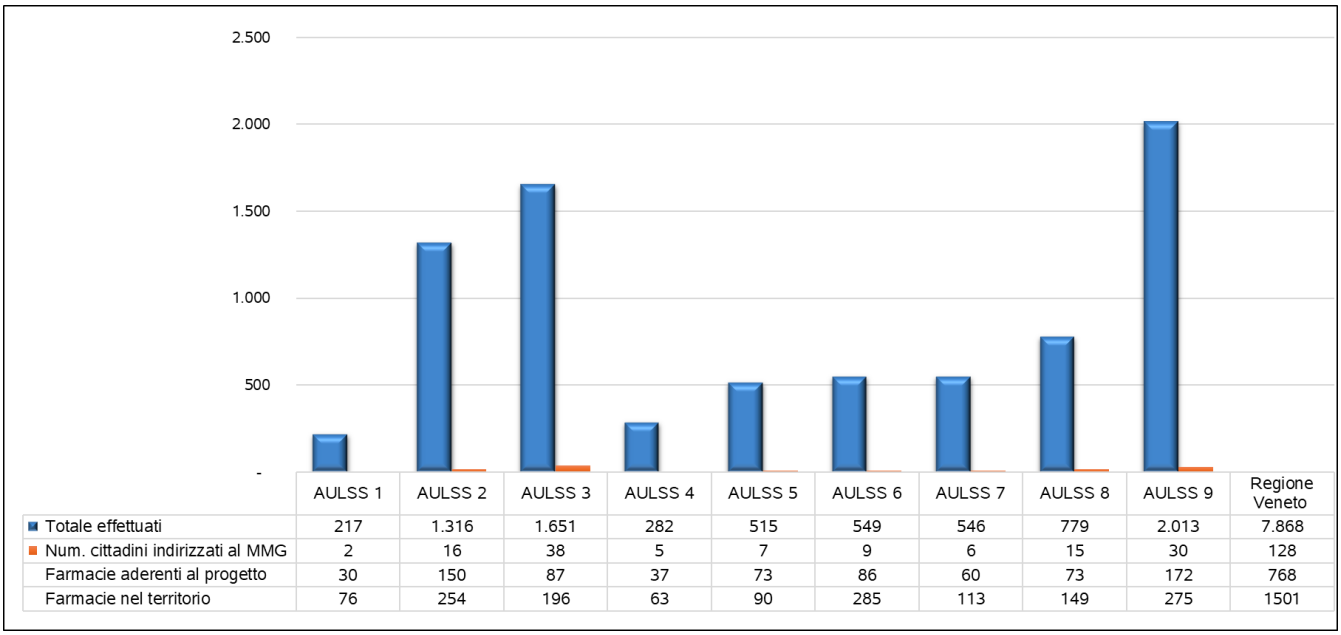
	AULLS 1	AULLS 2	AULLS 3	AULLS 4	AULLS 5	AULLS 6	AULLS 7	AULLS 8	AULLS 9	Regione Veneto
Campioni/100.000 ab	9.458	9.018	9.043	5.676	10.815	9.033	8.267	8.686	7.710	8.632
N. Farmacie che aderiscono allo screening del colon retto	71	244	161	59	92	206	103	132	271	1.339

Figura 20.3.2 Progetto Screening del diabete non noto – pazienti arruolati/100.000 abitanti per ULSS e farmacie – Anno 2024



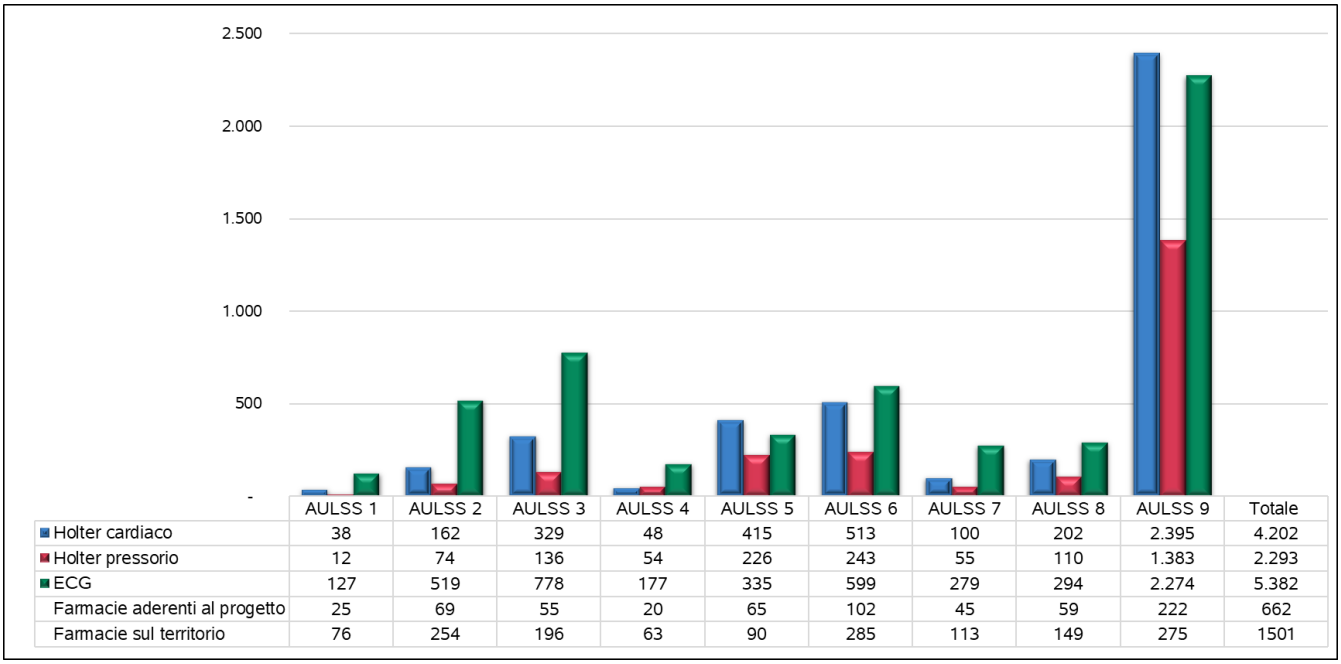
	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	Regione Veneto
Arruolati/100.000 abitanti	20	444	1.033	626	446	246	239	448	1.351	630
N° Farmacie	2	63	38	12	33	38	19	20	99	324

Figura 20.3.3 Progetto Screening dell'ipertensione arteriosa non nota – pazienti arruolati per ULSS e farmacie – Anno 2024



	AULSS 1	AULSS 2	AULSS 3	AULSS 4	AULSS 5	AULSS 6	AULSS 7	AULSS 8	AULSS 9	Regione Veneto
Totale effettuati	217	1.316	1.651	282	515	549	546	779	2.013	7.868
Num. cittadini indirizzati al MMG	2	16	38	5	7	9	6	15	30	128
Farmacie aderenti al progetto	30	150	87	37	73	86	60	73	172	768
Farmacie nel territorio	76	254	196	63	90	285	113	149	275	1501

Figura 20.3.4 Progetto Tele-cardiologia: ECG – Holter pressorio – Holter cardiaco Screening in farmacia – pazienti arruolati per ULSS e farmacie – Anno 2024



	AULSS 1	AULSS 2	AULSS 3	AULSS 4	AULSS 5	AULSS 6	AULSS 7	AULSS 8	AULSS 9	Totale
Holter cardiaco	38	162	329	48	415	513	100	202	2.395	4.202
Holter pressorio	12	74	136	54	226	243	55	110	1.383	2.293
ECG	127	519	778	177	335	599	279	294	2.274	5.382
Farmacie aderenti al progetto	25	69	55	20	65	102	45	59	222	662
Farmacie sul territorio	76	254	196	63	90	285	113	149	275	1501

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi medici Area Sanità e Sociale

Rio Novo, Dorsoduro 3493 - 30123 Venezia

assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

041 2793412

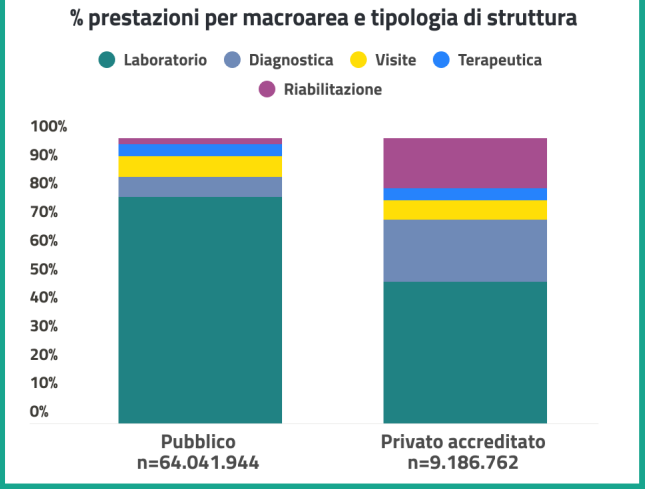
Aree di intervento

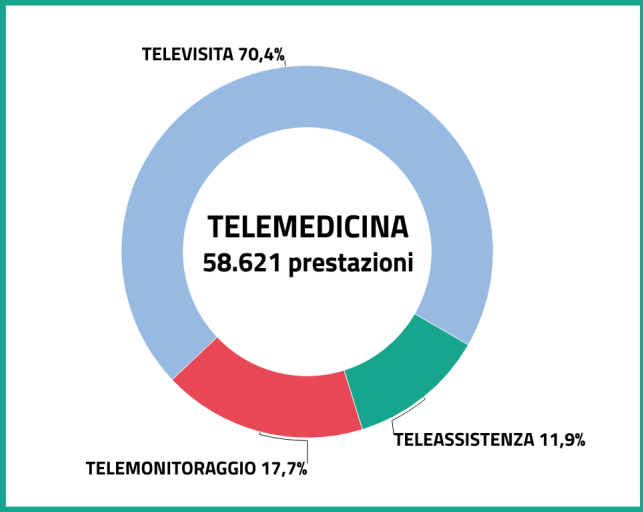
21. Assistenza specialistica ambulatoriale

CONTENUTI

- 21.1 Volumi di attività
- 21.2 Tempi di attesa e liste di pre-appuntamento
- 21.3 Prestazioni in telemedicina

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - *Anno 2024*





Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

21.1 Volumi di attività

Nel corso dell'anno 2024 sono state erogate 73.250.504 prestazioni ambulatoriali, di cui il 97,2% è stato erogato a favore di utenti residenti in Veneto. Il volume di attività registrato per il 2024 mostra un aumento dell'erogazione rispetto al 2023 (+3.168.465, +4,52%), a conferma del continuo recupero di attività ambulatoriale post pandemia.
Il 97,6% delle prestazioni è erogato a soggetti aventi diritto di accesso con oneri a carico del Sistema Sanitario Regionale, il 2,1% rientra nei programmi di screening, mentre le restanti sono riferibili ad altre tipologie di erogazione con volume trascurabile.
La figura 21.1.1 riporta la distribuzione delle prestazioni per macro-area per anno a partire dal 2020, e mette in evidenza come nel 2024 la maggior parte sia rappresentata da prestazioni di laboratorio (75%), seguita dalla diagnostica (9%) e dalle visite (7%). Tra le prestazioni di diagnostica erogate nel 2024, le radiografie rappresentano il 25%, le TAC il 7%, le ecografie il 16%, le endoscopie il 4%, gli ecocolordoppler il 9%, le risonanze magnetiche l'8% (Figura 21.1.2 - valori assoluti in tabella allegata).
Circa l'87% delle prestazioni sono state erogate da parte di strutture pubbliche, con percentuali sostanzialmente stabili rispetto agli anni precedenti.
Analizzando le tipologie di strutture erogatrici (pubbliche o private accreditate - Tabella 21.1.1), si nota come le prestazioni di laboratorio rappresentino circa il 79% delle prestazioni erogate da strutture pubbliche, a fronte di un 49% delle prestazioni ambulatoriali effettuate da privati accreditati. Nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa e della diagnostica, le strutture private accreditate erogano rispettivamente il 17,4% e il 21,7%.

Nota Metodologica

Fonti informative: Flusso specialistica ambulatoriale – Regione del Veneto

Figura 21.1.1 Distribuzione percentuale delle prestazioni ambulatoriali per macro-area. Veneto, anni 2020-2024

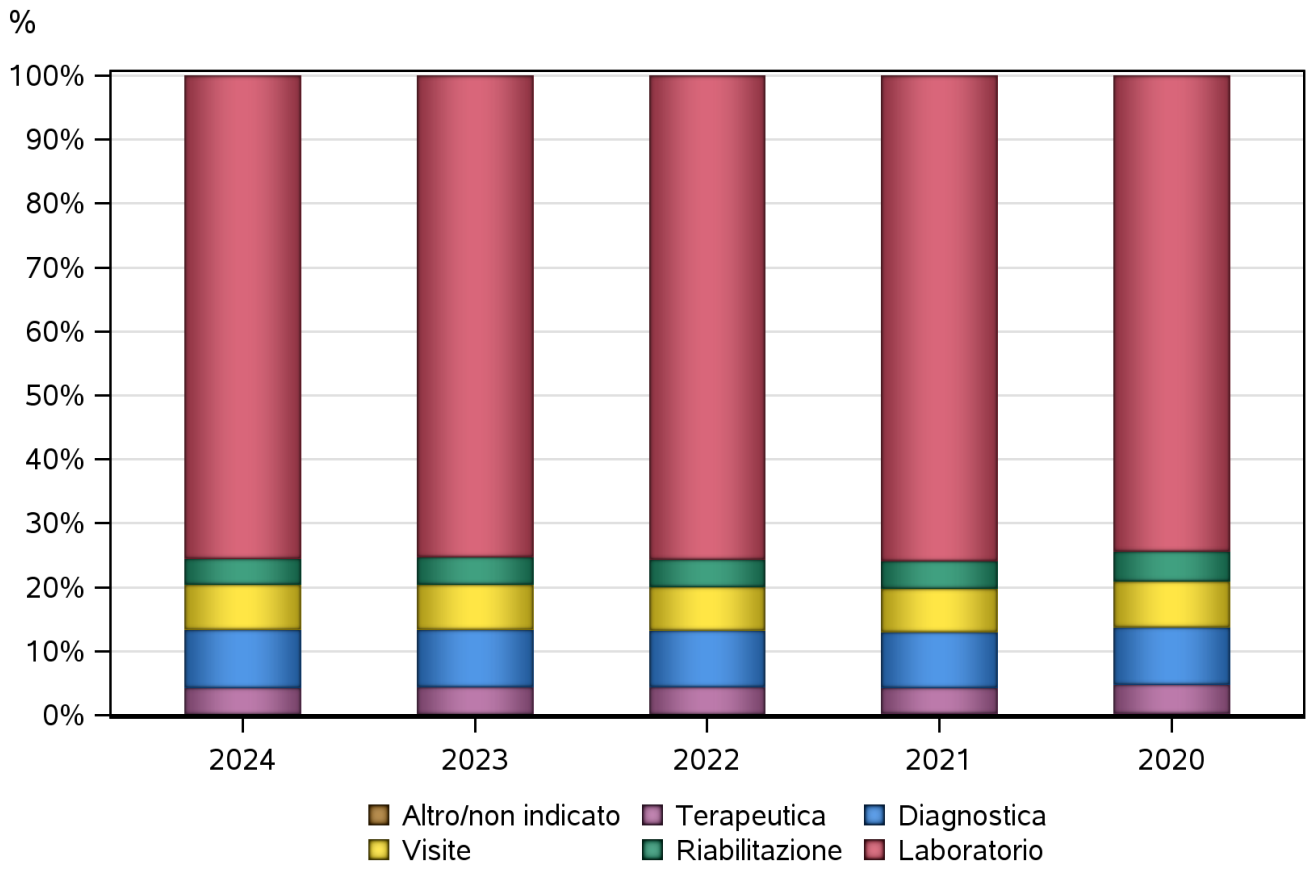


Figura 21.1.2 Distribuzione percentuale delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica per tipologia. Veneto, anni 2020-2024

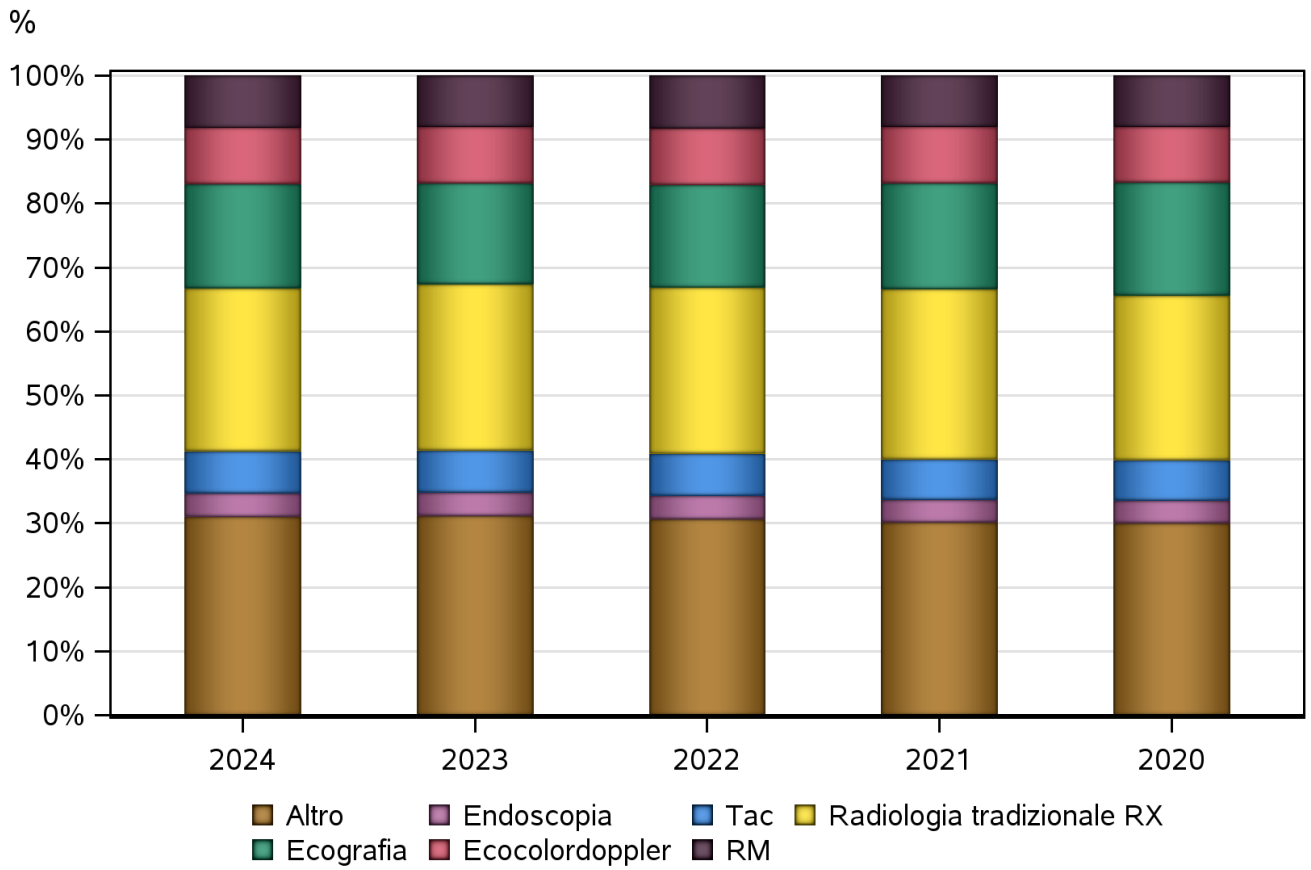


Tabella 21.1.1 Distribuzione delle prestazioni per macro-area e tipologia di struttura. Veneto, 2024

	Pubblico		Privato accreditato	
Macro-aree	**N**	**%**	**N**	**%**
Laboratorio	50.693.938	79,2	4.543.776	49,5
Diagnostica	4.609.742	7,2	1.996.014	21,7
Visite	4.607.504	7,2	616.470	6,7
Terapeutica	2.646.605	4,1	403.024	4,4
Riabilitazione	1.387.170	2,2	1.598.136	17,4
Altro/non indicato	96.985	0,2	29.342	0,3
Totale	64.041.944	100,0	9.186.762	100,0

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049-8778252

21.2 Tempi di attesa e liste di pre-appuntamento

In ambito di prestazioni sanitarie, per “tempo di attesa” si intende il numero di giorni tra la data di contatto dell’utente con il centro prenotazioni e la data prenotata (prima disponibile per la prestazione). Il Servizio Sanitario, a tutela della salute e dell’accesso equo alle cure, ha differenziato i tempi di accesso in base alle condizioni cliniche dell’utente, classificando le tempistiche in “classi di priorità” entro cui le Aziende sanitarie devono erogare prime visite o prestazioni. Le Aziende Sanitarie Regionali devono garantire l’erogazione in base ai tempi indicati dal medico (garantita G1), salvo rifiuto della prima disponibilità (garantita G2). Per i non residenti la prestazione è garantita senza obbligo di rispetto della tempistica (garantita G0). La prioritarizzazione riguarda esclusivamente il primo accesso alle strutture dell’ULSS per una patologia. Le prestazioni “di controllo” non rientrano in questo sistema e vanno assicurate nei tempi stabiliti dagli specialisti. La Regione Veneto, con L.R. n. 30/2016, ha ridefinito in senso più restrittivo le tempistiche delle classi di priorità, recepite nel PRGLA 2019-2021 (DGRV n. 1164/2019, Tab. 21.2.2).
Nel 2024, con DGR n. 626 del 04/06/2024 “Aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)”, è stata approvata la revisione del PRGLA, con importanti novità nella gestione delle liste d’attesa. Dal 1° maggio 2024, la validità della ricetta SSN è di 180 giorni, ma viene ridefinita alla prenotazione: una volta prenotata, la ricetta resta valida fino all’erogazione, anche se l’appuntamento viene spostato per esigenze del paziente o della struttura.
Altro strumento migliorativo è la “lista dei pre-appuntamenti” (pre-lista nazionale), utilizzata se l’Azienda SSR non riesce a rispettare la classe di priorità. La richiesta è inserita in una lista apposita con possibilità di recupero al presentarsi di disponibilità. L’Azienda ha l’obbligo di rilasciare un documento che attesti il contatto. La Regione Veneto, in materia di Tempi di Attesa e Liste di pre-appuntamento, ha adottato azioni per rendere operativo il principio della tempestività, garantendo accesso appropriato ai servizi, con criteri rigorosi di appropriatezza, rispetto delle priorità e trasparenza.
Dal 2023 è iniziato un riordino del sistema di rilevazione della performance per "Tempi di attesa e pre-appuntamento". Con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 27 del 28/03/2023 è stata istituita la Cabina di Regia per il governo delle Liste d’Attesa, ora Unità Centrale di gestione dell’assistenza sanitaria e delle liste d’attesa (Decreto n. 133 del 26/09/2024), per una gestione efficace ed efficiente della problematica.
L’attività di recupero dei pre-appuntamenti, avviata nel 2023 tramite i POA (Piani Operativi Aziendali), è proseguita nel 2024. Tale attività ha permesso un progressivo abbattimento delle criticità: azzerate le prestazioni con priorità B (entro 10 gg), ridotte dell’87% quelle con priorità D (30 gg) e del 77% quelle con priorità P (60/90 gg).
Oltre alla riduzione delle pre-liste, altro indicatore di performance è la percentuale di rispetto dei tempi previsti, ossia la quota di prestazioni erogate nei tempi indicati dalle classi di priorità. Il calcolo della performance avviene sulle prestazioni traccianti di primo accesso definite nel PNGLA 2019-2021, erogate agli assistiti residenti nel territorio dell’Ulss con “garantita G1”.

Nota Metodologica

Fonti informative: Flusso specialistica ambulatoriale SPS - Portale Datawarehouse SSR

Tabella 21.2.1 Tempistiche per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Legge Regionale n. 30/2016, DGRV n. 626/2024). Regione Veneto

Classe di priorità	Tempistica
Classe U (urgente)	Entro 24 ore dalla presentazione
Classe B (breve)	Entro 10 giorni dalla data di prenotazione
Classe D (differibile)	Entro 30 giorni dalla data di prenotazione
Classe P (programmata)	Entro 60/90 giorni dalla data di prenotazione

Figura 21.2.1 Volumi di prestazioni in Garantita 1 per classi di priorità. Prestazioni traccianti. Veneto, anno 2024

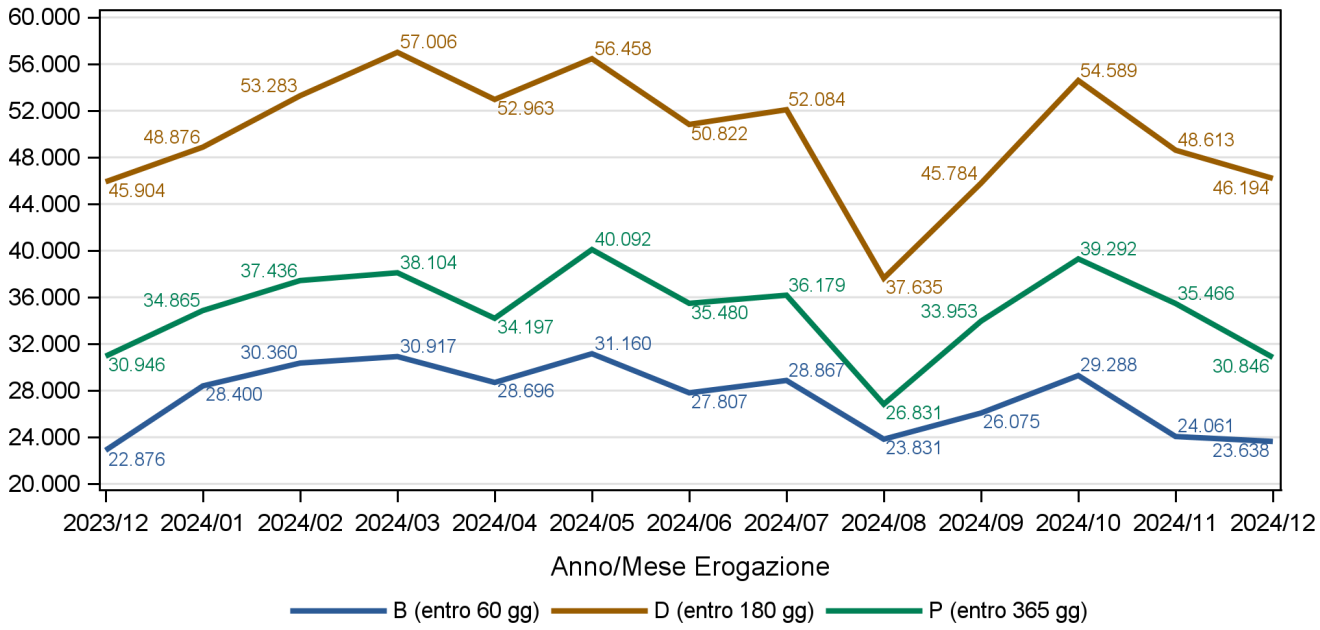


Figura 21.2.2 Andamento delle prestazioni in attesa 2. Veneto, dicembre 2023 – dicembre 2024

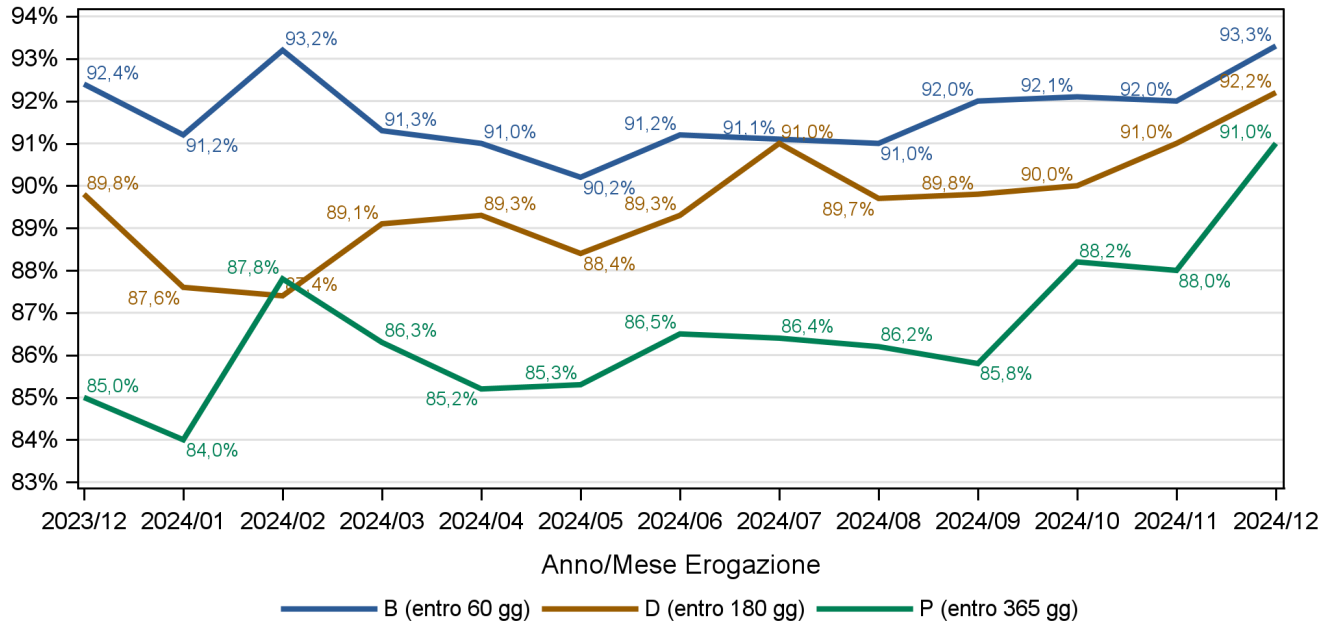
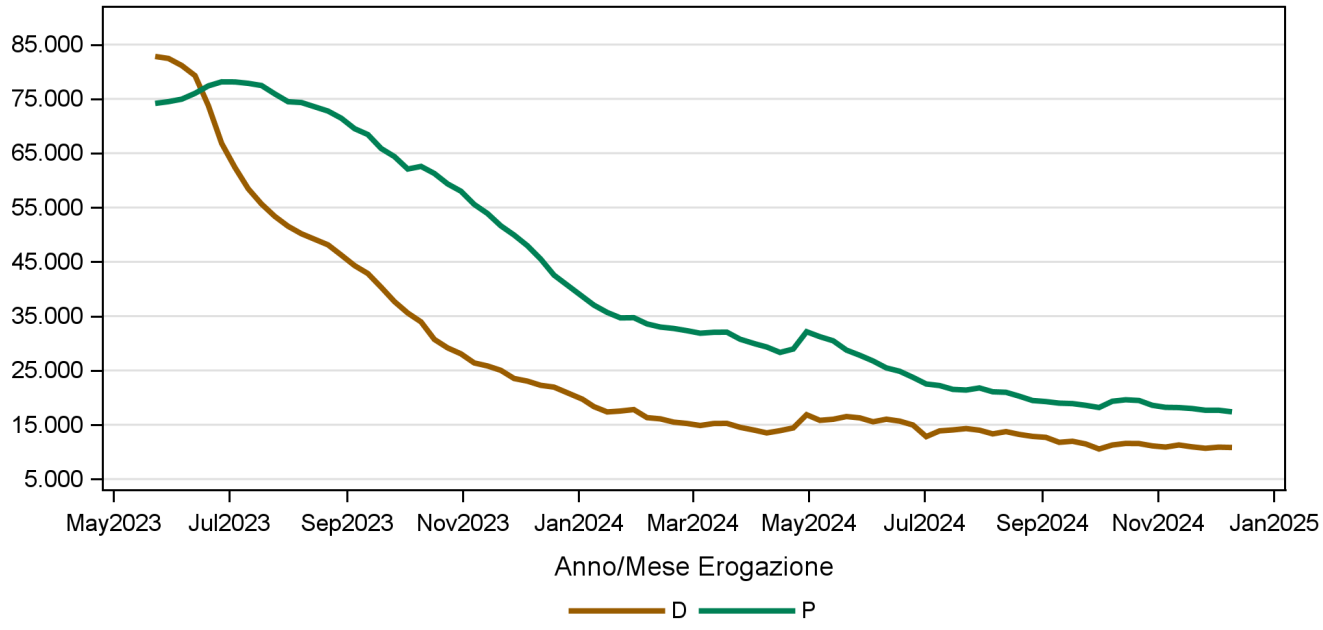


Figura 21.2.3 Pre-appuntamenti di prestazioni traccianti, per data. Veneto, maggio 2023 - dicembre 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

analisi@azero.veneto.it

049 8778411

21.3 Prestazioni in telemedicina

Nel 2024 sono state erogate 55.621 prestazioni di telemedicina, di cui 39.160 in televisita, 9.859 in telemonitoraggio e 6.602 in teleassistenza (Tabella 21.3.1).
Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), la missione M6C1 I1.2.3 – "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" prevede la creazione di una PiattaformaNazionale per i servizi di Telemedicina (Televisita, Teleassistenza, Telemonitoraggio, Teleconsulto) organizzata in due componenti: una infrastruttura nazionale di telemedicina (INT) che opera a livello centrale e garantisce l'utilizzo di standard internazionali e modelli di riferimento interoperabili tra le Regioni, e le infrastrutture regionali di telemedicina (IRT), implementate dalle Regioni e dalle Province Autonome, preposte all'erogazione dei servizi minimi di telemedicina.
E' prevista la presa in carico, a livello nazionale, di almeno 300 mila persone assistite attraverso gli strumenti della telemedicina entro il 2025. Ai fini del raggiungimento del target, non devono essere rendicontati i soggetti over 65 anni e già assistiti in Cure Domiciliari in qualunque livello assistenziale. Nel 2024 i soggetti rendicontabili per l'obiettivo PNRR sono risultati 28.762, valore superiore al target assegnato alla regione del Veneto di 18.601 assistiti, ma con evidenti differenze di presa in carico per azienda di erogazione (Tabella 21.3.2).

Nota Metodologica

Tutti le elaborazioni si basano sulle informazioni presenti nel flusso informativo Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, considerando le prestazioni erogate nel corso del 2024.

Tabella 21.3.1 Numero di prestazioni erogate in telemedicina dalle diverse Aziende Sanitarie, per tipologia di servizio. Veneto, anno 2024

Azienda Sanitaria di erogazione	TELEASSISTENZA	TELEMONITORAGGIO	TELEVISITA	Totale
1-Dolomiti	97	1.165	1.779	3.041
2-Marca Trevigiana	255	2.714	1.230	4.199
3-Serenissima	294	639	3.242	4.175
4-Veneto Orientale	63	1.641	233	1.937
5-Polesana	0	669	2.490	3.159
6-Euganea	2.459	673	3.598	6.730
7-Pedemontana	752	1.665	843	3.260
8-Berica	169	0	6.333	6.502
9-Scaligera	268	0	2.087	2.355
AOU Padova	1.594	693	9.615	11.902
AOUI Verona	460	0	6.155	6.615
IOV Padova	191	0	1.555	1.746
Totale	**6.602**	**9.859**	**39.160**	**55.621**

Tabella 21.3.2 Numero di soggetti assistiti in telemedicina eleggibili per l'obiettivo PNRR M6C1 I1.2.3, per Azienda Sanitaria. Veneto, anno 2024

Azienda Sanitaria di erogazione	N assistiti
1-Dolomiti	2.132
2-Marca Trevigiana	1.917
3-Serenissima	1.830
4-Veneto Orientale	856
5-Polesana	1.466
6-Euganea	2.433
7-Pedemontana	1.841
8-Berica	2.725
9-Scaligera	1.549
AOU Padova	7.078
AOUI Verona	4.008
IOV Padova	927
Totale	**28.762**

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

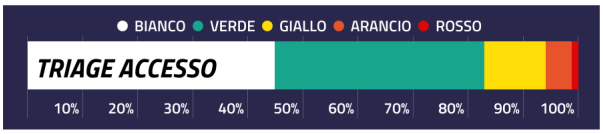
Aree di intervento

22. Assistenza ospedaliera

CONTENUTI

- 22.1 Rete emergenza urgenza e pronto soccorso
- 22.2 Ospedalizzazione generale
- 22.3 Posti letto
- 22.4 Reti tempo-dipendenti
- 22.5 Volumi di attività e indicatori di qualità delle cure
- 22.6 Tempi di attesa per ricovero

Accessi al Pronto Soccorso



1.928.828 nel 2024

Dimissioni ospedaliere

630.979 dimissioni nel 2024

7,0 degenza media in gg

113,1 ricoveri per 1.000 ab.

Assistenza ospedaliera

Anno 2024

Posti letto

11.502 negli ospedali pubblici

3.237 nelle strutture private accreditate

Attesa per ricovero

88%
% ricoveri programmati chirurgici oncologici erogati entro i tempi di attesa

86%
% ricoveri programmati chirurgici non oncologici erogati entro i tempi di attesa

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Reti tempo dipendenti

61,3%
IMA STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti

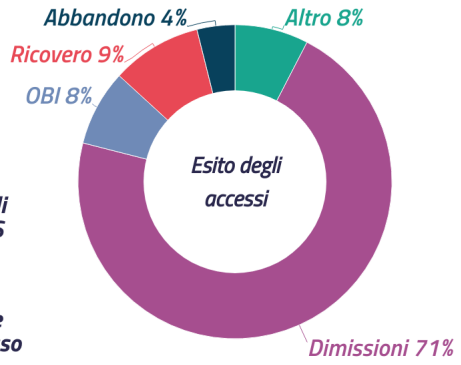
27%
proporzione degli ictus ischemici trattati con trombolisi e/o trombectomia

85%
intervento entro 2 giorni per frattura del collo del femore nel paziente anziano

Pronto Soccorso

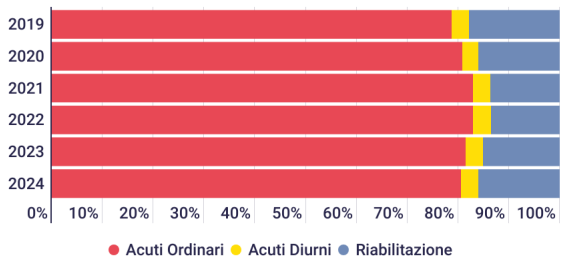
02:47 h
Tempo mediano di permanenza in PS

9,0
Prestazioni medie erogate per accesso



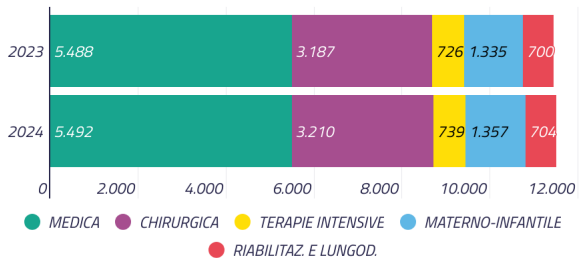
Assistenza ospedaliera

Giorni degenza (%) per anno e tipo di assistenza



Posti letto per Area Funzionale

Regime ordinario - Ospedali pubblici



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

22.1 Rete emergenza urgenza e pronto soccorso

Nel 2024 sono stati effettuati 1.928.828 accessi in Pronto Soccorso (PS). La distribuzione degli accessi risulta essere differente tra le diverse Aziende Sanitarie che differiscono per numero di strutture al loro interno (Tabella 22.1.1). Il volume di attività registrato per il 2024 mostra un aumento dello 0,8% degli accessi totali in Pronto Soccorso rispetto all'anno 2023. Il tasso standardizzato di accesso al PS a livello regionale è 365,1 per 1.000 abitanti, con alcune differenze che emergono tra le diverse Aziende ULSS, in particolare si passa da un minimo di 336,8 per 1.000 abitanti (Azienda ULSS 2) ad un massimo di 439,4 per 1.000 abitanti (Azienda ULSS 1). L'81,3% degli assistiti si reca al PS con mezzi propri e il 17,4% viene accompagnato in ambulanza; il 71,5% si reca in PS per decisione propria (o di un genitore se minore), il 7,1% per invio da parte di personale medico e il 13,6% per invio da operatore di mezzo di soccorso 118 o pubblico. Al momento dell'accesso i pazienti riferiscono problematiche di natura medica nel 47,3% dei casi, di origini traumatiche nel 22,4% dei casi e appena lo 0,1% si reca in PS per problematiche medico legali e sociali.
All'ingresso è stato attribuito il codice colore di triage bianco nel 55,5% degli accessi, verde nel 17,7%, giallo nell' 11,2%, arancione nel 13,3% e rosso nel 2,1%. L'attribuzione dei codici colore di triage è eterogenea tra le diverse aziende regionali anche se la maggior percentuale di codici assegnati è sempre rappresentata dal codice bianco (bassa priorità). In totale sono state eseguite 17.369.481 prestazioni, e i pazienti che ricevono più prestazioni sono coloro per i quali viene attivata l'osservazione breve intensiva (n. 24) seguiti dai ricoverati (17,7) e dai deceduti (17,4 - Tabella 22.1.2).
Il tempo medio tra entrata e presa in carico del paziente da parte del medico di Pronto Soccorso è circa di 1:03 ore, con il 76,6% degli accessi presi in carico entro 90 minuti di attesa. Il tempo medio di permanenza è di 4 ore e 34 minuti, con l'89% dei casi gestito entro 8 ore di permanenza. A livello regionale il tempo mediano di presa in carico aumenta in relazione alla non criticità espressa dal codice di triage passando da 5 minuti per i codici rossi (range interquartile 0:00-0:20) a 46 minuti per i codici di triage bianchi (range interquartile 0:13-1:50) (Tabella 22.1.3). Per quanto concerne il tempo mediano di permanenza, la relazione si inverte, con tempi di gestione più dilatati per i codici rossi, arancioni e gialli e più contenuti per i codici verdi e bianchi (Tabella 22.1.4).
Relativamente all'esito dell'accesso al Pronto Soccorso, il 77,9% dei pazienti è stato dimesso (a domicilio o inviato a struttura ambulatoriale), il 10,3% dei casi è stato ricoverato, per il 7,8% dei casi è stata attivata
l'osservazione breve intensiva (OBI), mentre il 3,6% dei pazienti ha autonomamente abbandonato il Pronto Soccorso prima della visita medica o prima della conclusione degli accertamenti. Sul totale di coloro che accedono in OBI, il 70,6% viene dimesso (dimissione a domicilio o dimissione con rinvio a strutture ambulatoriali), il 26,7% viene ricoverato e lo 0,7% rifiuta il ricovero. Il livello di appropriatezza medica (LAM) attribuito al termine del percorso in PS evidenzia come il 43,7% degli accessi viene dimesso con codice colore bianco, il 37,2% con il verde, il 10,9% con il giallo, il 4,5% con l'arancione e l'1,2% con il codice rosso (Figura 22.1.1).

Nota Metodologica

Fonte informativa: FLUSSO EMUR PS
Fonte dati: portale Datawarehouse regionale, dati aggiornati al 11/03/2025. Per l'analisi sono stati considerati tutti i record relativi all'anno 2024. Non è stato applicato nessun filtro. Nel calcolo dei tempi di attesa e permanenza sono stati esclusi gli accessi con dati mancanti o anomali.

Tabella 22.1.1 Distribuzione del numero e della percentuale di accessi in PS e Punti di Primo Intervento (PPI) per Azienda ULSS o Azienda Ospedaliera. Veneto, 2024.

	Accessi	
Azienda di entrata	**N**	**%**
1-Dolomiti	111.539	5,8%
2-Marca Trevigiana	296.128	15,4%
3-Serenissima	245.972	12,8%
4-Veneto Orientale	118.182	6,1%
5-Polesana	96.636	5,0%
6-Euganea	207.518	10,8%
7-Pedemontana	148.327	7,7%
8-Berica	168.937	8,8%
9-Scaligera	262.031	13,6%
AOU Padova	158.986	8,2%
AOUI Verona	114.572	5,9%
Regione Veneto	1.928.828	100,0%

Tabella 22.1.2: Distribuzione delle prestazioni erogate in PS per esito specifico (escluso l'esito '00. Giunto cadavere'). Veneto, 2024.

Esito	N. prestazioni	N. accessi	Prestazioni/accesso
01. Dimissione a domicilio	9.320.976	1.376.951	6,8
02. Ricovero in reparto di degenza	3.181.109	179.275	17,7
03. Trasferimento ad altro istituto	199.939	19.344	10,3
04. Deceduto in DEA/PS	31.129	1.786	17,4
05. Rifiuta ricovero	85.862	6.286	13,7
06. Abbandono del DEA/PS prima della visita medica	20.325	53.858	0,4
07. Abbandono del DEA/PS in corso di accertamenti e prima della chiusura della cartella clinica	97.754	15.111	6,5
08. Dimissione a strutture ambulatoriali	813.621	124.946	6,5
10. OBI	3.615.936	150.904	24,0
11. Trasporto a struttura territoriale	2.678	233	11,5
Non indicato	152	53	2,9
Regione Veneto	17.369.481	1.928.747	9,0

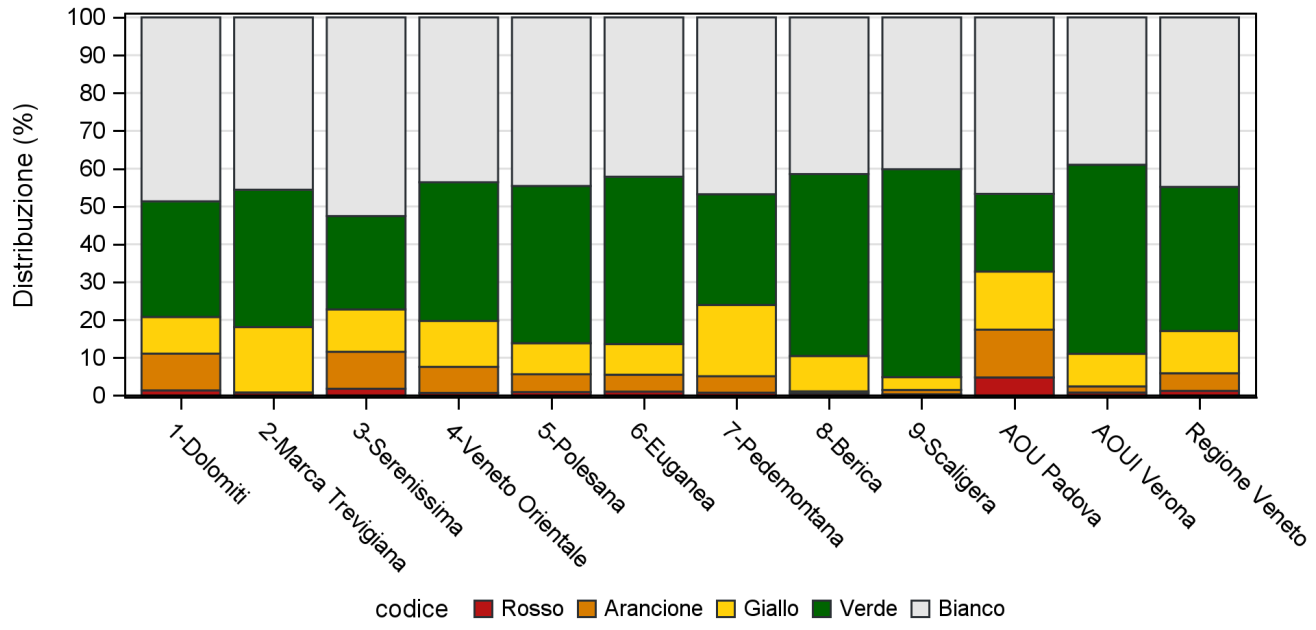
Tabella 22.1.3: Tempo mediano di presa in carico in PS e Punti di Primo Intervento (PPI) per triage e azienda, Veneto 2024.

	Codice triage					
Azienda	1 - Rosso	2 - Arancione	3 - Giallo	4 - Verde	5 - Bianco	Tempo mediano di presa in carico
1-Dolomiti	0:05	0:12	0:10	0:12	0:20	0:16
2-Marca Trevigiana	0:07	0:09	0:18	0:34	1:01	0:39
3-Serenissima	0:05	0:16	0:24	0:31	0:43	0:31
4-Veneto Orientale	0:04	0:11	0:13	0:21	0:34	0:23
5-Polesana	0:06	0:08	0:13	0:16	0:19	0:13
6-Euganea	0:05	0:11	0:17	0:20	0:47	0:27
7-Pedemontana	0:05	0:29	0:31	0:35	1:02	0:48
8-Berica	0:03	0:35	0:22	0:33	0:56	0:39
9-Scaligera	0:04	0:23	0:33	0:39	0:41	0:36
AOU Padova	0:06	0:18	0:15	0:21	0:44	0:25
AOUI Verona	0:05	0:22	0:31	0:41	1:18	0:46
Regione Veneto	*0:05*	*0:16*	*0:20*	*0:29*	*0:46*	*0:31*

Tabella 22.1.4: Tempo mediano di permanenza in PS e Punti di Primo Intervento (PPI) per triage e azienda, Veneto 2024.

Azienda	Codice triage					Tempo mediano di permanenza totale
	1 - Rosso	2 - Arancione	3 - Giallo	4 - Verde	5 - Bianco	
1-Dolomiti	2:54	3:36	2:53	2:00	1:41	2:03
2-Marca Trevigiana	2:56	1:19	3:46	3:16	2:24	2:48
3-Serenissima	3:43	4:35	3:32	3:07	2:20	2:52
4-Veneto Orientale	3:55	3:18	2:31	2:21	1:36	2:01
5-Polesana	5:29	4:21	3:35	2:15	2:02	2:36
6-Euganea	4:35	3:59	3:29	2:48	2:20	2:45
7-Pedemontana	3:10	4:07	3:41	2:32	2:21	2:45
8-Berica	4:29	5:29	4:10	2:30	2:22	2:54
9-Scaligera	4:54	4:22	4:08	3:07	2:10	2:48
AOU Padova	3:23	4:08	3:28	2:51	3:05	3:16
AOUI Verona	6:12	5:45	5:36	3:13	3:06	3:51
Regione Veneto	*3:40*	*4:19*	*3:45*	*2:50*	*2:18*	*2:47*

Figura 22.1.1 Distribuzione percentuale degli accessi in PS/PPI per codice LAM. Veneto, 2024.



Per maggiori informazioni

UOC Governo Clinico - Azienda Zero - Regione del Veneto dott.ssa Marta Zanovello, dott.ssa Laura Salmaso, dott.ssa Sabrina Pedron

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

governo.clinico@azero.veneto.it

049-8778405

22.2 Ospedalizzazione generale

Nel 2024 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 630.979 dimissioni, alle quali si aggiungono 22.600 dimissioni di neonati non affetti da patologia.
I ricoveri ordinari sono stati 482.174, quelli diurni 116.762 e in riabilitazione 32.043 (Figura 22.2.1). Oltre tre quarti della casistica viene trattata in regime ordinario nei reparti per acuti, il 18% in regime diurno e il 4,9% nei reparti di riabilitazione.
La durata della degenza dei ricoveri ordinari per acuti si assesta a 7,4 giorni (Tabella 22.2.1).
I ricoveri con intervento chirurgico rappresentano la metà dei ricoveri ordinari e il 72% dei ricoveri diurni. In Tabella 22.2.2 e Tabella 22.2.3 sono rappresentati i 10 DRG chirurgici più frequenti in regime ordinario ed in regime diurno rispettivamente.
Le dimissioni dalle strutture private accreditate ammontano a 125.618, pari al 19,9% del totale.
I volumi maggiori di ricoveri si concentrano nelle discipline chirurgiche, in particolare in Chirurgia Generale (27,0%) e Ortopedia (24,3%), e quindi nelle unità operative di riabilitazione (16,4%) (Figura 22.2.2).
Nel 2024 il tasso grezzo di ospedalizzazione in Veneto si attesta intorno a 122 ricoveri per 1.000 abitanti (Tasso standardizzato=111,1 per 1.000).
In tutte le Aziende ULSS si osserva un aumento del tasso di ospedalizzazione standardizzato rispetto al 2023 (Figura 22.2.3).

Nota Metodologica

Ricoveri: archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Veneto aggiornato al 16/04/2025; la mobilità sanitaria del 2024 è stata stimata in base alla mobilità sanitaria dell'anno 2023
Posti letto: modello HSP22bis - Posti letto medi delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate
Popolazione: popolazione ISTAT al 1 gennaio ricostruita (https://demo.istat.it/).

Figura 22.2.1 Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto per ambito di assistenza. Anni 2015-2024

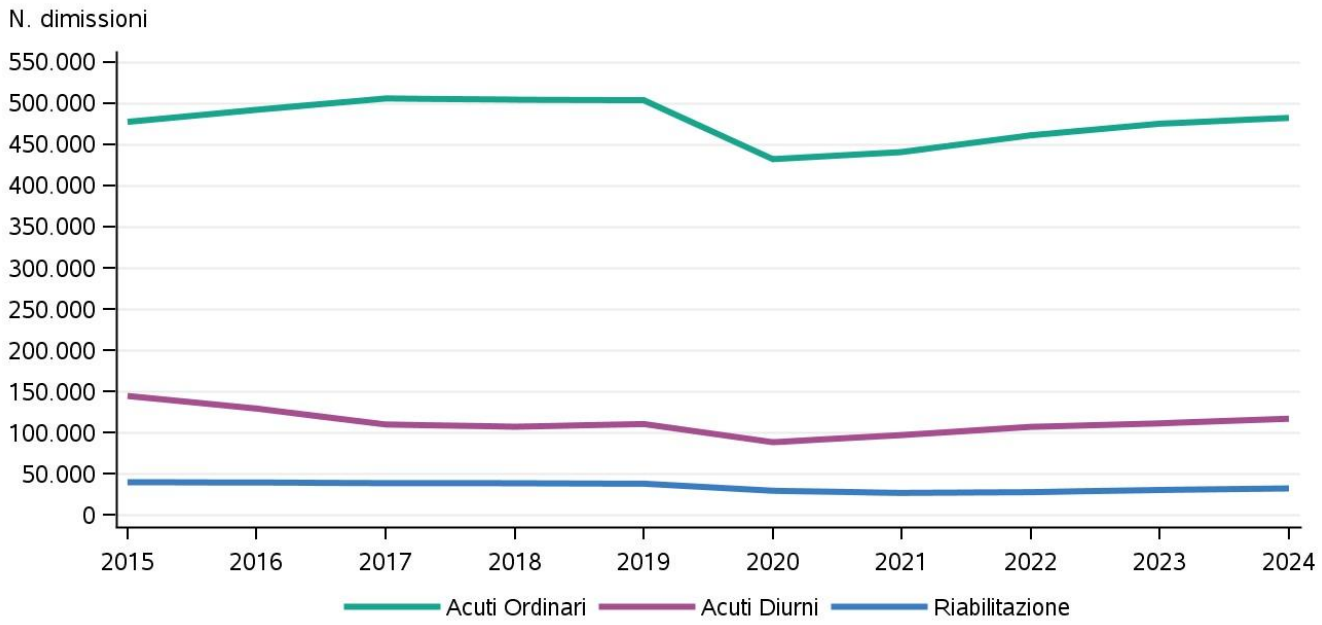


Tabella 22.2.1 Dimissioni dalle strutture della Regione del Veneto: numero di giornate di degenza e degenza media per tipo di assistenza. Anni 2015-2024

	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Riabilitazione		TOTALE	
	Giornate	Media	Giornate	Media	Giornate	Media	Giornate	Media
2015	3.874.052	8,1	249.767	1,7	953.300	24,1	5.077.119	7,7
2016	3.869.360	7,9	227.389	1,8	930.047	23,7	5.026.796	7,6
2017	3.859.251	7,6	178.476	1,6	902.880	23,5	4.940.607	7,6
2018	3.896.161	7,7	178.034	1,7	905.066	23,6	4.979.261	7,7
2019	3.906.679	7,8	165.111	1,5	889.737	23,5	4.961.527	7,6
2020	3.453.993	8,0	132.301	1,5	685.633	23,5	4.271.927	7,8
2021	3.516.019	8,0	144.433	1,5	579.454	21,8	4.239.906	7,5
2022	3.589.208	7,8	154.469	1,4	585.292	21,3	4.328.969	7,3
2023	3.580.776	7,5	152.274	1,4	663.627	22,0	4.396.677	7,1
2024	3.558.877	7,4	154.695	1,3	706.483	22,0	4.420.055	7,0

Tabella 22.2.2 Primi 10 DRG chirurgici in regime ordinario per acuti. Anni 2023 e 2024

DRG	2023		2024	
	N	Degenza Media	N	Degenza Media
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	19.710	8,0	20.425	8,0
311-Interventi per via transuretrale senza CC	9.965	1,8	10.430	1,7
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	8.607	2,6	8.574	2,5
371-Parto cesareo senza CC	6.620	4,4	6.273	4,2
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.441	2,1	6.441	2,0
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	5.110	2,5	5.245	2,5
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.483	5,0	4.434	4,8
557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	4.038	8,8	3.944	8,3
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	3.758	7,4	3.926	7,1
558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	3.817	4,8	3.766	4,6

Tabella 22.2.3 Primi 10 DRG chirurgici in regime diurno per acuti. Anni 2023 e 2024

DRG	2023		2024	
	N	Media accessi	N	Media accessi
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	8.556	1,0	9.360	1,0
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	5.659	1,1	5.711	1,1
036-Interventi sulla retina	3.742	1,3	3.747	1,2
225-Interventi sul piede	3.520	1,1	3.932	1,0
234-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	3.485	1,2	3.765	1,0
158-Interventi su ano e stoma senza CC	3.157	1,2	3.206	1,1
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.827	1,1	2.938	1,1
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	2.765	1,2	2.812	1,2
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	3.111	1,0	2.339	1,0
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	2.594	1,1	2.716	1,0

Figura 22.2.2 Distribuzione percentuale delle dimissioni dalle strutture private accreditate per gruppi di discipline (valori assoluti alla base di ciascuna barra). Anno 2024

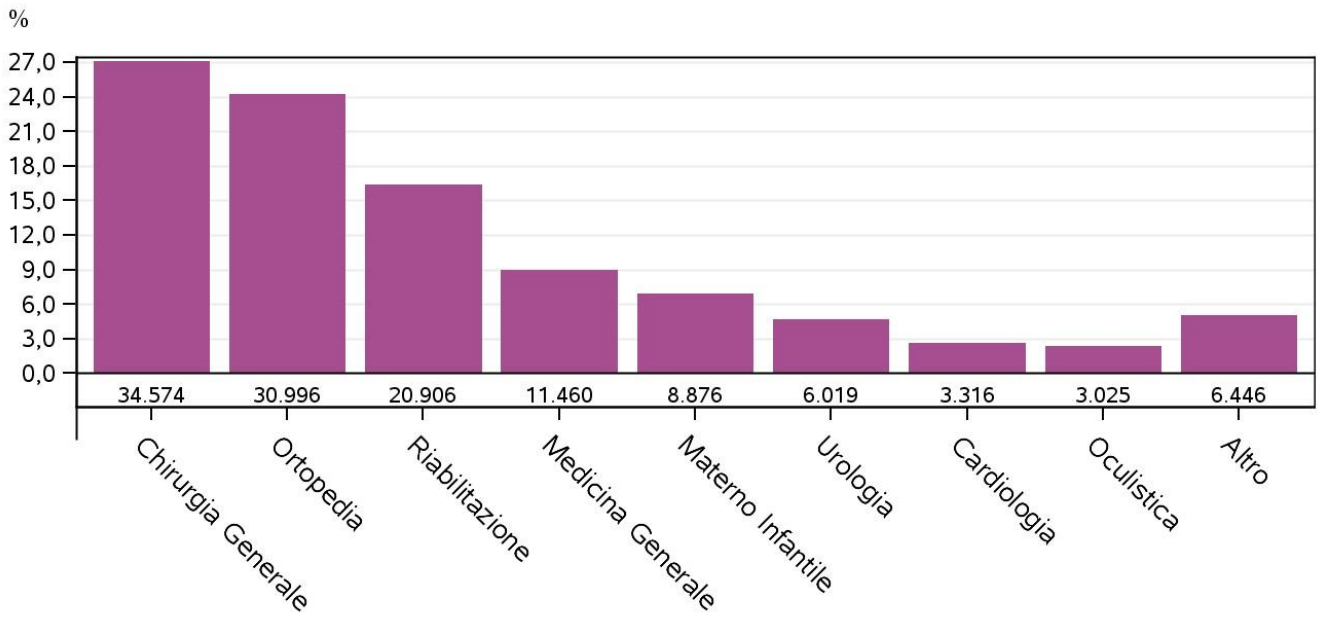
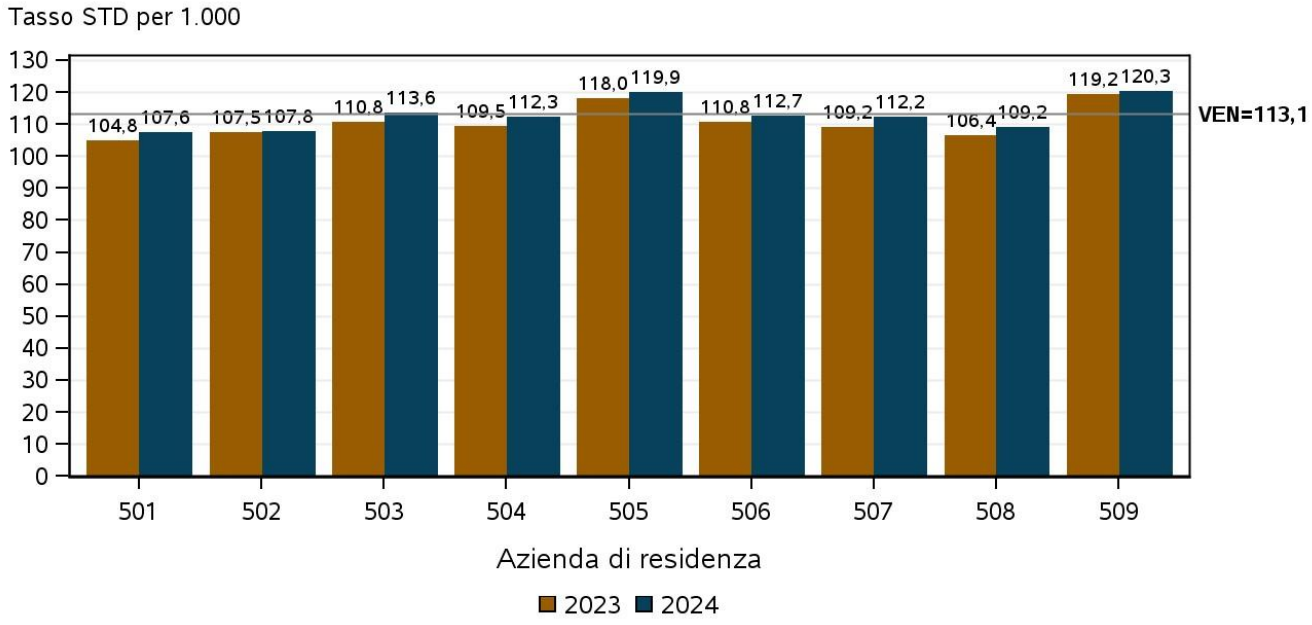


Figura 22.2.3 Tassi standardizzati di ospedalizzazione per Azienda ULSS di residenza. Veneto, Anni 2023 e 2024. Standardizzazione diretta, popolazione standard Italia 2001



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049-8778252

22.3 Posti letto

Nelle strutture ospedaliere del Veneto, il numero di posti letto dedicati ai ricoveri in regime ordinario ammonta nel 2024 a 14.739, dei quali 11.502 nelle strutture pubbliche e 3.237 nelle strutture private/accreditate.
Nel confronto tra il 2023 e il 2024, la distribuzione dei posti letto in regime ordinario rimane pressoché costante, con un leggero aumento complessivo, sia nel settore pubblico sia in quello privato. Nel settore pubblico i posti letto passano da 11.436 a 11.502, con un incremento dello 0,58%. Tutte le aree funzionali registrano un lieve aumento: l'area medica cresce da 5.488 a 5.492 (+0,07%), quella chirurgica da 3.187 a 3.210 (+0,72%), le terapie intensive da 726 a 739 (+1,79%), l'area materno-infantile da 1.335 a 1.357 (+1,65%), mentre l'area della riabilitazione e delle lungodegenze post-acuzie passa da 700 a 704 (+0,57%). Analizzando nel dettaglio l'area medica degli ospedali pubblici, si rilevano piccoli cambiamenti. Tra le discipline in crescita figurano Oncologia (da 114 a 124, +8,8%), Pneumologia (da 197 a 214, +8,6%) e Neurologia (da 420 a 433, +3,1%). In calo risultano Radioterapia (da 21 a 12, -43,1%) e Malattie infettive e tropicali (da 145 a 131, -9,6%) Nell'area chirurgica pubblica, si osserva una sostanziale stabilità da 3.187 a 3.210 posti letto (+0,72%). Tra le discipline con maggiore variazione positiva si segnalano Chirurgia plastica (da 44 a 54, +22,6%), Oculistica (da 35 a 39, +11,4%) e Cardiochirurgia (da 128 a 139, +8,6%). L'area delle terapie intensive mostra una variazione da 726 a 739 letti (+1,79%). La terapia intensiva generale passa da 466 a 457 (-1,9%) mentre si segnala un aumento della terapia semi-intensiva che passa da 8 a 23 posti (+186%). Nell'area materno-infantile si registra un incremento complessivo da 1.335 a 1.357 letti (+1,65%). Aumentano i posti in Neuropsichiatria infantile (da 16 a 30, +88%), Chirurgia pediatrica (da 38 a 41, +8,0%) e Oncoematologia pediatrica (da 32 a 35, +9,5%). Nel settore privato i posti letto aumentano da 3.186 a 3.237 (+1,60%). L'area medica scende da 828 a 794 (-4,11%), mentre cresce quella chirurgica da 764 a 796 (+4,19%). Le terapie intensive rimangono stabili a 52 posti, così come l'area materno-infantile (100 letti). L'area della riabilitazione e post-acuzie aumenta da 1.442 a 1.494 (+3,61%). Nel complesso, i dati mostrano una configurazione organizzativa stabile, con alcuni aggiustamenti in funzione delle diverse discipline e aree funzionali. Le variazioni più significative riguardano singole specialità, mentre l'assetto generale si mantiene coerente con l'anno precedente.

Nota Metodologica

Questa relazione si basa sui dati ufficiali forniti dalle Aziende Sanitarie del Veneto, raccolti ogni mese e rielaborati nel modello HSP22bis, aggiornato al 30 Maggio 2025. I numeri riportati rappresentano la media annuale dei posti letto attivi negli ospedali pubblici e nelle strutture equiparate, cioè quelle che offrono servizi simili al pubblico anche se di altra gestione.

Tabella 22.3.1 Posti letto in regime ordinario per Area Funzionale e tipo ospedale. Veneto, anni 2023-2024

Area		Posti Letto (media gennaio-dicembre) Posti letto 2023	Posti letto 2024	var % 2023-2024
1-Pubblico				
1.MEDICA		5.488	5.492	*0,07*
2.CHIRURGICA		3.187	3.210	*0,72*
3.TERAPIE INTENSIVE		726	739	*1,79*
4.MATERNO-INFANTILE		1.335	1.357	*1,65*
5.RIABILITAZ. E DELLE LUNGOD. POST-ACUZIE		700	704	*0,57*
	Totale	11.436	11.502	*0,58*
2-Privato				
1.MEDICA		828	794	*-4,11*
2.CHIRURGICA		764	796	*4,19*
3.TERAPIE INTENSIVE		52	52	*0,00*
4.MATERNO-INFANTILE		100	100	*0,00*
5.RIABILITAZ. E DELLE LUNGOD. POST-ACUZIE		1.442	1.494	*3,61*
	Totale	3.186	3.237	*1,60*

Tabella 22.3.2 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area medica. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2023-2024

Disciplina	Posti Letto (media gennaio-dicembre) Posti letto 2023	Posti letto 2024	var % 2023-2024
1.MEDICA			
05. ANGIOLOGIA	12	12	*0,0*
08. CARDIOLOGIA	512	513	*0,2*
18. EMATOLOGIA	108	110	*1,9*
19. MALATATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	34	32	*-6,0*
21. GERIATRIA	903	895	*-0,9*
24. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	145	131	*-9,6*
26. MEDICINA GENERALE	2.255	2.242	*-0,6*
29. NEFROLOGIA	150	152	*1,3*
32. NEUROLOGIA	420	433	*3,1*
40. PSICHIATRIA	420	423	*0,7*
48. NEFROLOGIA (ABILITAZIONE TRAPIANTO RENE)	24	28	*16,6*
52. DERMATOLOGIA	10	9	*-10,4*
58. GASTROENTEROLOGIA	135	135	*0,0*
64. ONCOLOGIA	114	124	*8,8*
66. ONCOEMATOLOGIA	8	8	*0,0*
68. PNEUMOLOGIA	197	214	*8,6*
70. RADIOTERAPIA	21	12	*-43,1*
71. REUMATOLOGIA	22	21	*-4,5*
TOTALE	5.488	5.492	*0,1*

Tabella 22.3.3 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area chirurgica. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2023-2024

Disciplina	Posti Letto (media gennaio-dicembre) Posti letto 2023	Posti letto 2024	var % 2023-2024
2.CHIRURGICA			
07. CARDIOCHIRURGIA	128	139	*8,6*
09. CHIRURGIA GENERALE	1.207	1.201	*-0,5*
10. CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	39	39	*0,0*
12. CHIRURGIA PLASTICA	44	54	*22,6*
13. CHIRURGIA TORACICA	47	48	*2,1*
14. CHIRURGIA VASCOLARE	108	110	*1,9*
30. NEUROCHIRURGIA	176	176	*0,0*
34. OCULISTICA	35	39	*11,4*
36. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	878	887	*1,0*
38. OTORINOLARINGOIATRIA	203	195	*-3,9*
43. UROLOGIA	321	322	*0,3*
TOTALE	3.187	3.210	*0,7*

Tabella 22.3.4 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area terapie intensive. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2023-2024

Disciplina	Posti Letto (media gennaio-dicembre) Posti letto 2023	Posti letto 2024	var % 2023-2024
3.TERAPIE INTENSIVE			
47. GRANDI USTIONATI	15	15	*0,0*
49. TERAPIA INTENSIVA	466	457	*-1,9*
50. UNITA' CORONARICA	173	174	*0,6*
72. TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA	0	4	
73. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	64	66	*3,1*
94. TERAPIA SEMI-INTENSIVA	8	23	*186,0*
TOTALE	726	739	*1,8*

Tabella 22.3.5 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area materno infantile. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2023-2024

Disciplina	Posti Letto (media gennaio-dicembre) Posti letto 2023	Posti letto 2024	var % 2023-2024
4.MATERNO-INFANTILE			
06. CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	6	4	*-34,8*
11. CHIRURGIA PEDIATRICA	38	41	*8,0*
33. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	16	30	*88,0*
37. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	841	843	*0,2*
39. PEDIATRIA	277	280	*1,1*
62. NEONATOLOGIA	109	108	*-0,9*
65. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	32	35	*9,5*
76. NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	7	6	*-15,0*
77. NEFROLOGIA PEDIATRICA	10	11	*10,0*
TOTALE	1.335	1.357	*1,6*

Tabella 22.3.6 Posti letto in regime ordinario per disciplina nell'area riabilitazioni e lungodegenza. Ospedali Pubblici del Veneto, anni 2023-2024

Disciplina	Posti Letto (media gennaio-dicembre) Posti letto 2023	Posti letto 2024	var % 2023-2024
5.RIABILITAZ. E DELLE LUNGOD. POST-ACUZIE			
28. UNITA' SPINALE	35	35	*0,0*
56. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	542	561	*3,5*
60. LUNGODEGENTI	51	31	*-39,4*
75. NEURO-RIABILITAZIONE	72	76	*5,5*
TOTALE	700	704	*0,6*

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049-8778252

22.4 Reti tempo-dipendenti

Le reti tempo-dipendenti rappresentano un elemento essenziale nell'organizzazione dell'emergenza sanitaria, garantendo un accesso tempestivo alle cure per patologie in cui il fattore tempo è determinante per la prognosi del paziente. Tra queste, rientrano le reti per il trauma, l'ictus, l'infarto miocardico acuto e altre condizioni critiche che richiedono un coordinamento efficiente tra il sistema di emergenza territoriale e le strutture ospedaliere.
I ricoveri per infarto miocardico acuto sono stati 7.206, tra questi gli IMA STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti sono stati il 63,0% (1.475/2.342) (Tabella 22.4.1).
La mortalità a 30 giorni dal ricovero per IMA si è attestata al 7,4% con variazioni significative tra le diverse aziende ULSS (Tabella 22.4.2).
Si è assistito inoltre a 9.574 ricoveri per PTCA e 933 per Bypass aortocoronarico, questi ultimi effettuati presso i 5 Hub regionali dotati di Cardiochirurgia.

Per quanto concerne la rete ictus il 77,9% dei pazienti ricoverati in Veneto per ictus ischemico o emorragico giunge in ospedale con il SUEM 118 e l'azienda con la percentuale più elevata è l'Azienda ULSS 5 Polesana (73,8%). Nel periodo 2015-2024 si evidenzia un trend in crescita della terapia trombolitica (21% nel 2024). Nel corso degli ultimi anni, alla trombolisi si è affiancata la procedura di rimozione meccanica, con una percentuale del 9,9% di eventi trattati con trombectomia nel 2024 (Figura 22.4.1). La proporzione degli ictus ischemici trattati con trombolisi e/o trombectomia a livello regionale si è attestata al 27% con una mortalità a 30 giorni pari a 6,8%.
Il monitoraggio della rete per il Trauma, nel 2024, ha evidenziato n. 7.456 interventi per fratture di femore, con un massimo di 1.251 nella AULSS 2 Marca Trevigiana. La Tabella 22.4.3 riporta il dato relativo alle fratture nei pazienti ultrasessantacinquenni. La quasi totalità delle Aziende sanitarie regionali ha superato la soglia minima di intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore (60%) che a livello regionale si attesta al 76,3%.

Nota Metodologica

Fonti informative: archivio regionale Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) aggiornato al 16 Aprile 2025, Anagrafe Unica Regionale

Tabella 22.4.1 Volume di ricovero per IMA, volume di IMA STEMI e riperfusione con PTCA entro 90 minuti. Veneto, 2024.

			Di cui trattati con PTCA entro 90 minuti	
Azienda	**N. ricoveri IMA**	**Di cui STEMI**	**N**	**%**
1-Dolomiti	285	119	64	53,8%
2-Marca Trevigiana	1.200	401	267	66,6%
3-Serenissima	925	332	210	63,3%
4-Veneto Orientale	279	72	54	75,0%
5-Polesana	453	149	98	65,8%
6-Euganea	730	169	113	66,9%
7-Pedemontana	497	210	125	59,5%
8-Berica	706	234	141	60,3%
9-Scaligera	703	248	125	50,4%
AOU Padova	962	213	135	63,4%
AOUI Verona	459	195	143	73,3%
IOV-IRCSS	7	0	0	0,0%
Regione Veneto	7.206	2.342	1.475	63,0%

Tabella 22.4.2 Mortalità a 30 giorni dal ricovero per IMA. RV, 2024.Veneto, 2024, indicatore calcolato secondo protocollo PNE.

		Decessi a 30 giorni	
Azienda	**Totale ricoveri IMA**	**N**	**%**
1-Dolomiti	214	26	12,1%
2-Marca Trevigiana	916	57	6,2%
3-Serenissima	687	33	4,8%
4-Veneto Orientale	194	10	5,2%
5-Polesana	329	39	11,9%
6-Euganea	572	35	6,1%
7-Pedemontana	420	35	8,3%
8-Berica	540	36	6,7%
9-Scaligera	471	41	8,7%
AOU Padova	697	65	9,3%
AOUI Verona	344	19	5,5%
Regione Veneto	5.384	396	7,4%

Figura 22.4.1 Proporzione di eventi di ictus ischemico trattati con trombolisi o trombectomia. Residenti in Veneto, anni 2015-2024.

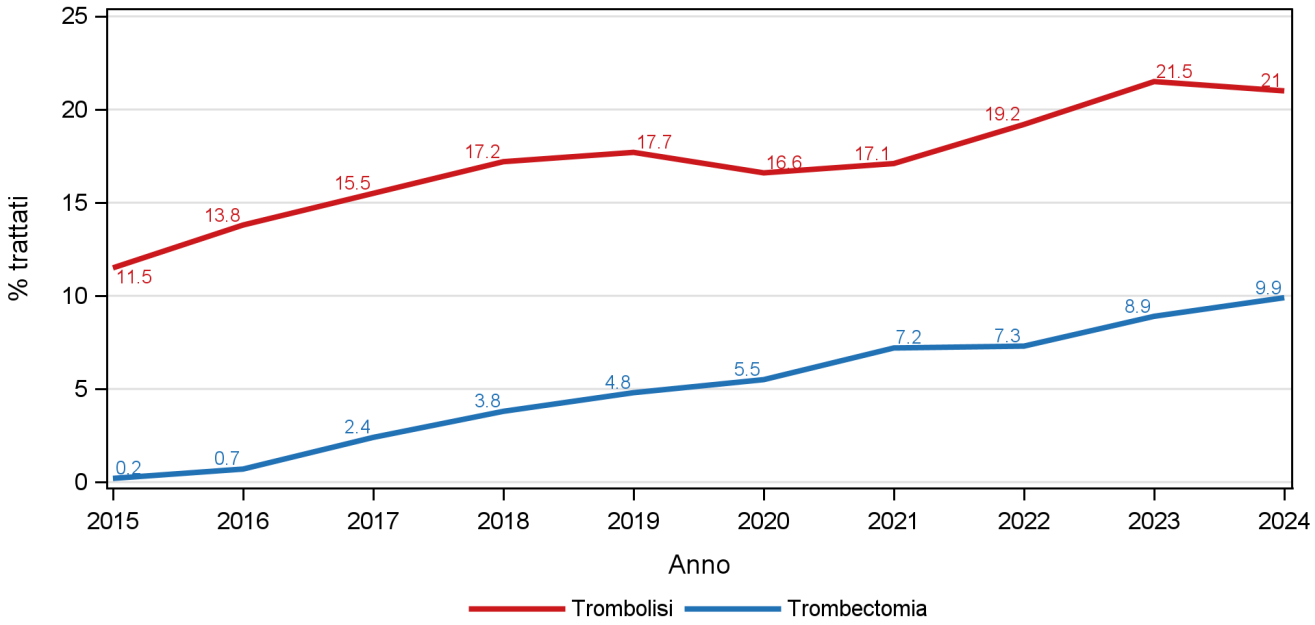


Tabella 22.4.3 Volumi di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nel paziente anziano (soglia min. 60%). Veneto, 2024, indicatore calcolato secondo protocollo PNE.

		Di cui Operate entro 2 giorni	
Azienda	**Totale fratture collo del femore in pazienti con anni 65+**	**N**	**%**
1-Dolomiti	342	275	80,4%
2-Marca Trevigiana	998	802	80,4%
3-Serenissima	685	543	79,3%
4-Veneto Orientale	307	237	77,2%
5-Polesana	339	251	74,0%
6-Euganea	626	496	79,2%
7-Pedemontana	449	387	86,2%
8-Berica	592	408	68,9%
9-Scaligera	813	584	71,8%
AOU Padova	542	437	80,6%
AOUI Verona	394	226	57,4%
Regione Veneto	6.087	4.646	76,3%

Per maggiori informazioni

UOC Governo Clinico - Azienda Zero - Regione del Veneto dott.ssa Marta Zanovello, dott.ssa Laura Salmaso, dott.ssa Sabrina Pedron

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

governo.clinico@azero.veneto.it

049-8778405

22.5 Volumi di attività e indicatori di qualità delle cure

Nel Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera") vengono identificati specifici parametri di riferimento relativamente ai volumi e agli esiti dell'assistenza ospedaliera per area di attività.
Gli indicatori di misurazione dei volumi di attività e dei processi/esiti dell'assistenza presentati in questa sezione sono calcolati in base alle schede tecniche del Programma Nazionale Esiti (PNE).
Per quanto riguarda i volumi di attività (Tabella 22.5.1), si evidenzia un aumento costante nella concentrazione dei volumi di intervento per tumore alla mammella, con il 74% delle Unità operative di senologia che hanno erogato almeno 150 interventi annui (nel 2023 erano il 67%). A seguito della DGR 1708/2022, è stato inoltre avviato il processo di riorganizzazione della rete regionale dei Centri di Senologia, che prevede la possibilità che le prestazioni di chirurgia senologica vengano erogate dall'equipe unica chirurgica itinerante tra ospedali della stessa Azienda ULSS di appartenenza, al fine sia di ridurre gli spostamenti delle pazienti, sia di assicurare i volumi minimi di interventi da parte dell'equipe unica chirurgica. Si osserva invece come per il bypass aorto-coronarico isolato solo 1 struttura su 5 rispetta la soglia dei 200 interventi annui, contro 2 degli anni precedenti. La percentuale di strutture che negli ultimi 4 anni rispetta le soglie DM70 per i volumi di interventi di colecistectomia laparoscopica, frattura del femore, angioplastica coronarica percutanea, ricoveri per infarto acuto del miocardio e parti è riportata nella Tabella 22.5.1.
Per quanto riguarda i processi e gli esiti (Tabella 22.5.2), nel 2024 il valore grezzo degli indicatori "Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico isolato" e "Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache" si mantiene al di sotto delle soglie massime previste in tutte le strutture che erogano interventi di cardiochirurgia. Per la tempestività dell'intervento di angioplastica in infarto STEMI, 15 strutture su 19 soddisfano la soglia del 60% della casistica trattata entro 90 minuti dall'ora di ricovero o di accesso in PS nella struttura di ricovero, evidenziando un continuo miglioramento nella tempestività di trattamento. Per gli interventi per frattura del femore nelle persone anziane, la proporzione di strutture che garantiscono un intervento entro le 48 ore è aumentata passando dal 78% del 2023 all'84% del 2024. Si segnala infine un miglioramento per quanto riguarda il ricorso al taglio cesareo primario, in termini di proporzione di strutture che soddisfano le soglie indicate dal DM70, con criticità emerse esclusivamente nei punti nascita con meno di 1.000 parti annui.

Nota Metodologica

Fonti informative: archivio regionale Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) aggiornato al 16 Aprile 2025, Anagrafe Unica Regionale

Per gli indicatori di volume sono state considerate le strutture con almeno 10 casi; per gli indicatori di processo/esito sono state valutate le strutture con un numero minimo di eventi a denominatore in accordo con i criteri PNE.

Tabella 22.5.1 Indicatori di Volume DM70/2015. Veneto, anni 2021-2024

Indicatore	Soglia DM70	% strutture che rispettano la soglia				Totale Strutture (2024)
		2021	2022	2023	2024	
Interventi di bypass aorto-coronarico isolato*	200	40.0	40.0	40.0	20.0	5
Interventi di colecistectomia laparoscopica	100	58.7	76.1	80.4	71.7	46
Interventi per frattura del femore	75	94.1	82.9	88.6	88.2	34
Infarto acuto del miocardio	100	64.1	56.1	56.1	55.0	40
Interventi per tumore della mammella	150	47.1	63.3	66.7	74.1	27
Parti	500	81.3	78.1	75.0	71.9	32
Interventi di angioplastica coronarica percutanea	250	62.5	85.7	78.3	81.8	22

* Non associati ad interventi sulle valvole. Nel 2024 gli interventi di bypass aorto-coronarico isolato rappresentano il 73% degli interventi di bypass

Tabella 22.5.2 Indicatori di processo e di esito DM70/2015. Veneto, anni 2021-2024

Indicatore	Soglia DM70	% strutture che rispettano la soglia				Totale Strutture (2024)
		2021	2022	2023	2024	
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico	max 4%	100.0	100.0	100.0	100.0	5
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	max 4%	100.0	100.0	100.0	100.0	5
Proporzione di parti con taglio cesareo primario (<= 25% per strutture con almeno 1000 parti annui; <=15% per strutture con meno di 1000 parti annui)	max 25% o max 15%	41.9	58.1	48.4	54.8	31
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	min 70%	100.0	100.0	100.0	100.0	40
Proporzione di Interventi chirurgici **entro 2 giorni** a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni	min 60%	71.9	93.5	90.6	100.0	32
Proporzione di Interventi chirurgici **entro 48** ore a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni	min 60%		67.7	78.1	84.4	32
Proporzione di STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) **entro 2 giorni**	min 60%	100.0	100.0	100.0	100.0	17
Proporzione di STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) **entro 90 minuti**	min 60%		31.6	77.8	78.9	19

Approfondimenti

Sito Programma nazionale esiti - PNE

https://pne.agenas.it/home

Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo, 35 – 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

22.6 Tempi di attesa per ricovero

Anche per l'anno 2024 sono stati presi dei provvedimenti per garantire il recupero dell'attività. In Veneto, i tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici correlati alle classi di priorità fanno riferimento all'art. 38 della L.R. 30/2016 e risultano più favorevoli per il paziente di quelli indicati nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (Tabella 22.6.1). Il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici viene differenziato in base all'intervento principale, distinguendo tra intervento oncologico e non oncologico. Nelle Figure 22.6.1 e 22.6.2 vengono presentati i volumi di ricovero e le relative percentuali di rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici/non oncologici. Dai grafici emerge che la percentuale di rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri oncologici con DRG chirurgico si attesta in tutti i mesi 2024 tra l'87 e il 91% (tutte le classi), mentre per i ricoveri non oncologici si mantiene leggermente più bassa ma sempre al di sopra del 83% considerando le classi A e B.
I volumi risultano sempre molto alti per la classe A sia che si tratti di interventi oncologici che non oncologici, mentre l'utilizzo delle altre classi di priorità è molto minore tra gli interventi oncologici. Per i ricoveri non oncologici invece le classi C, D, E che corrispondono a tempi di attesa più lunghi hanno un volume nettamente maggiore.

Nota Metodologica

Fonti informative: archivio regionale Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) aggiornato al 16 Aprile 2025

Tabella 22.6.1 Tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici per classi di priorità

Classe di priorità	Tempistica
Classe A	Entro 30 giorni dall'inserimento in lista
Classe B	Entro 60 giorni dall'inserimento in lista
Classe C	Entro 90 giorni dall'inserimento in lista
Classe D	Entro 180 giorni dall'inserimento in lista
Classe E	Entro 12 mesi dall'inserimento in lista

Figura 22.6.1 Ricoveri programmati oncologici con DRG chirurgico per classe di priorità. Veneto, anno 2024

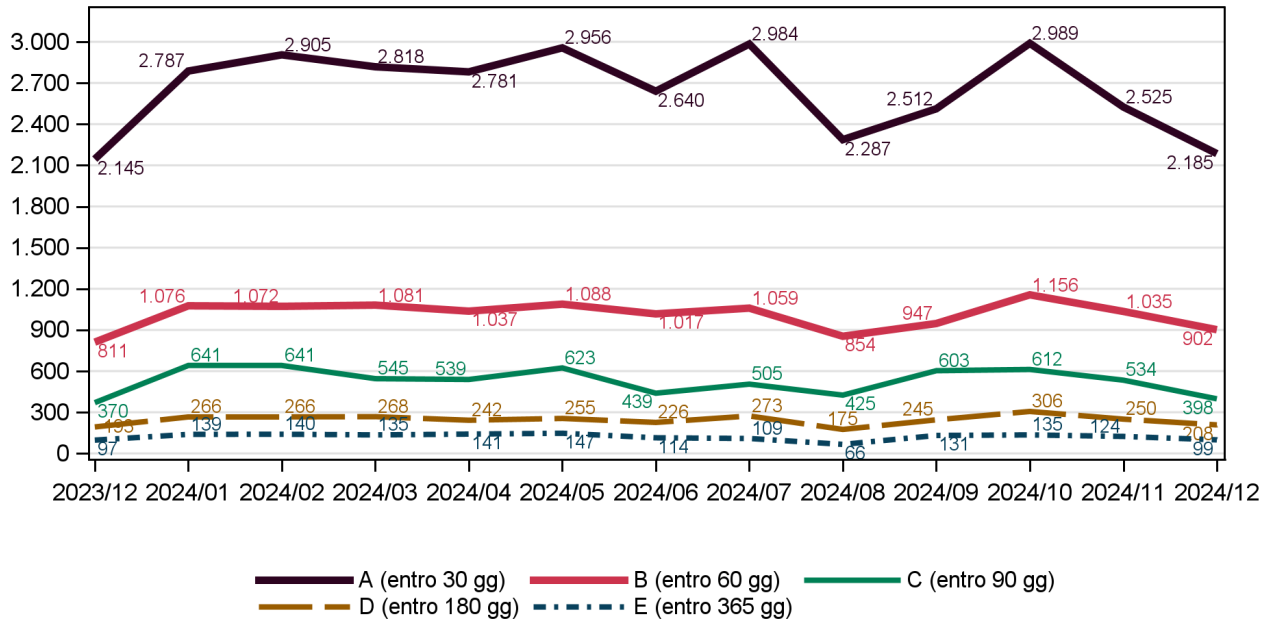


Figura 22.6.2 Ricoveri programmati oncologici con DRG chirurgico - Percentuale di rispetto dei tempi di attesa per tutte le classe di priorità. Veneto, anno 2024

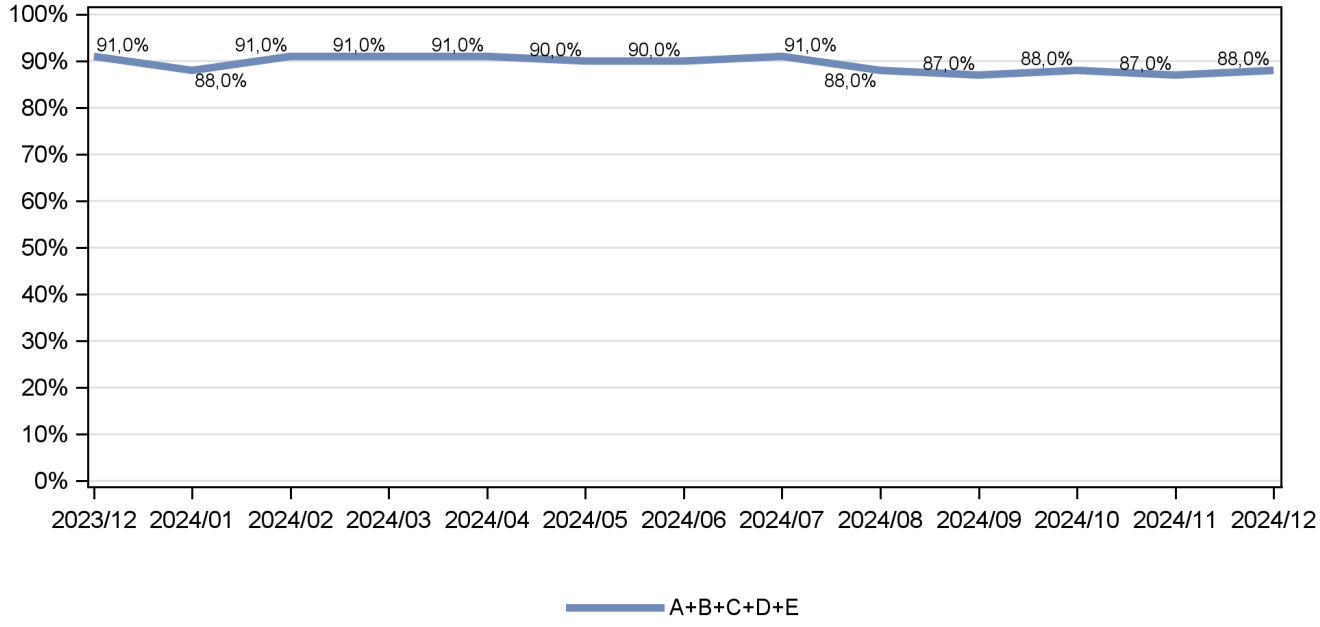


Figura 22.6.3 Ricoveri programmati non oncologici con DRG chirurgico per classe di priorità. Veneto, anno 2024

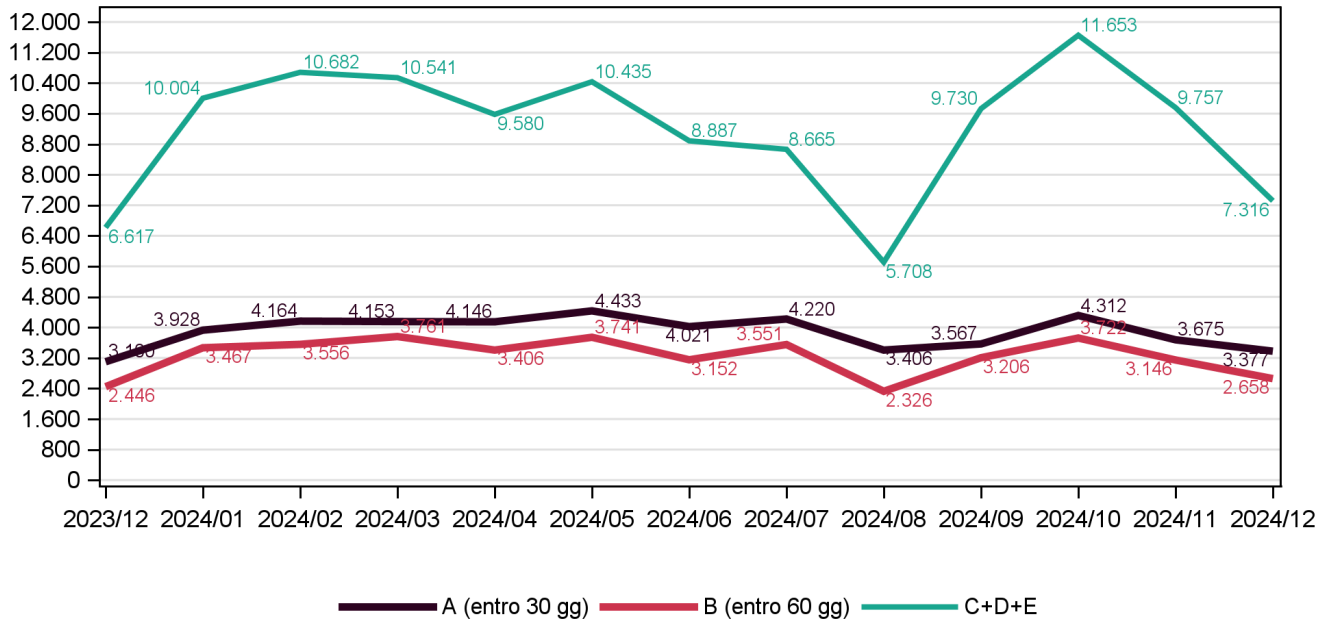
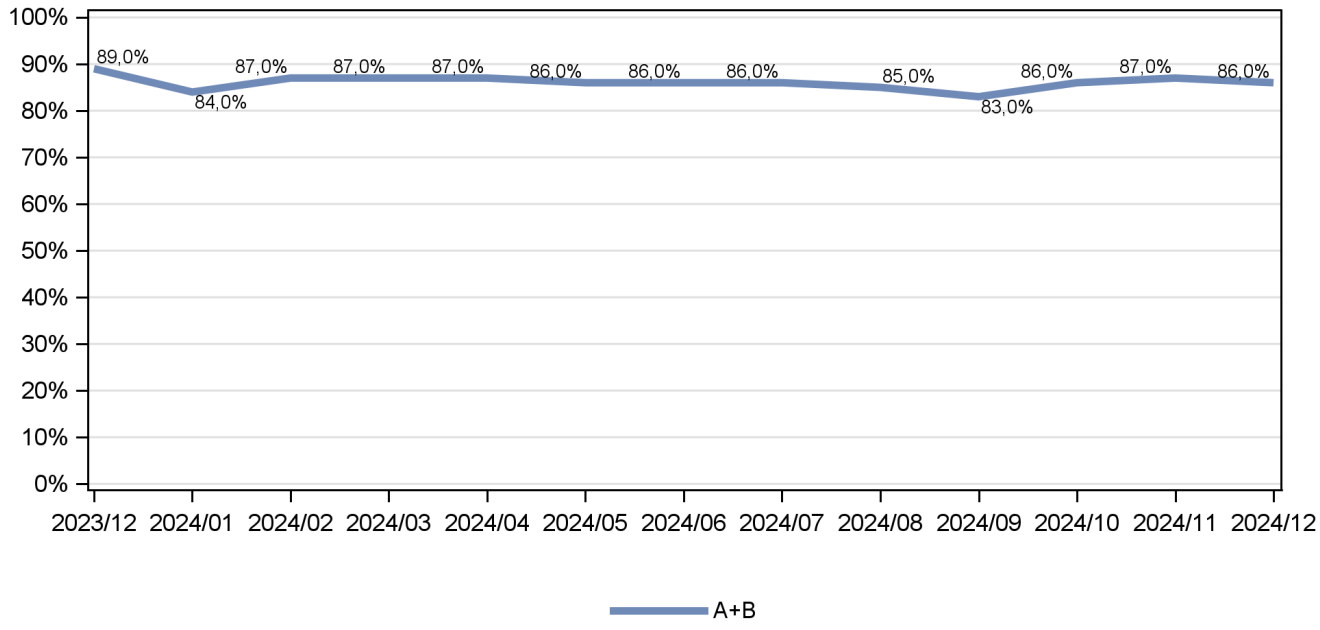


Figura 22.6.4 Ricoveri programmati non oncologici con DRG chirurgico - Percentuale di rispetto dei tempi di attesa per tutte le classe di priorità. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

ser@azero.veneto.it

049 8778252

Aree di intervento

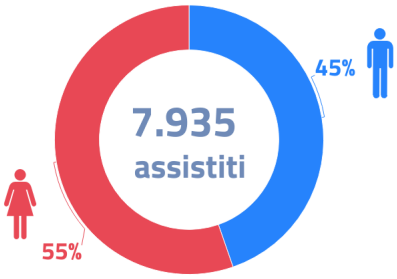
23. Assistenza nelle strutture intermedie

CONTENUTI

- 23.1 Ospedali di Comunità (ODC)
- 23.2 Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)

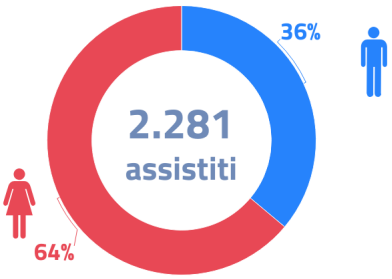
ASSISTENZA NELLE STRUTTURE INTERMEDIE - *Veneto, anno 2024*

Ospedali di Comunità



all'ammissione 8 su 10
hanno più di 74 anni

Unità Riabilitative Territoriali

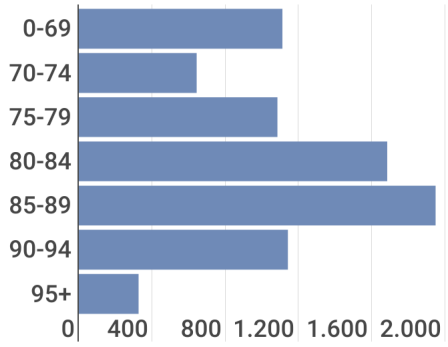


all'ammissione 7 su 10
hanno più di 74 anni

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Ospedali di Comunità - *Veneto, anno 2024*

Assistiti per età

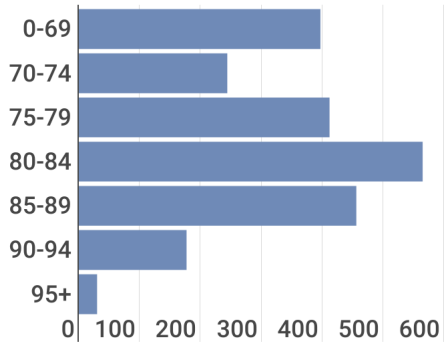


31 giorni
degenza media

873
posti letto

Unità Riabilitative Territoriali - *Veneto, anno 2024*

Assistiti per età



24 giorni
degenza media

214
posti letto

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

23.1 Ospedali di Comunità (ODC)

Le cure intermedie vengono definite come un "modello di assistenza sanitaria sviluppato per ottimizzare il coordinamento fra servizi sanitari e l'indipendenza funzionale dell'assistito". La transizione ospedale-domicilio può risultare particolarmente critica in presenza di condizioni di fragilità. Le strutture preposte alle cure intermedie accolgono pazienti stabilizzati dal punto di vista medico, ma troppo complessi per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico. L'Ospedale di Comunità (ODC) è una struttura di cure intermedie, come previsto dal decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77. Possono accedere all'ODC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Le tipologie di offerta erogate negli ODC sono principalmente di tre tipi: recupero funzionale, stabilizzazione/adattamento alla disabilità o palliazione. La programmazione regionale ha previsto la dotazione di strutture di cure intermedie ODC superiori allo standard minimo di posti letto individuato dal DM77 al fine di rispondere adeguatamente al fabbisogno della popolazione afferente; come si evince dalla DGR 136/2022, molte strutture sono oggetto del finanziamento previsto dal PNRR (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)) e pertanto verranno attivate a seguito degli interventi di ristrutturazione, alcuni già avviati nel corso del 2022, che si concluderanno nel 2026.
Analizzando l'attività sanitaria erogata si rileva che nel 2024 in totale sono stati presi in carico 7.935 utenti in ODC (rispetto ai 7.067 del 2023); la composizione sociodemografica viene descritta in Tabella 23.1.1: in particolare l'utenza è per il 55% composta da donne. Le Aziende ULSS che hanno registrato più presenze sono state la ULSS 9 Scaligera, 23% degli utenti totali, e la ULSS 6 Euganea con il 18%. Il 64% degli utenti presenta un'età all'ammissione superiore agli ottant'anni. Nella Tabella 23.1.2 vengono elencate le strutture che hanno offerto assistenza nel 2024, per un totale di 873 posti letto autorizzati (LR 22/2002; l'ODC di Piove di Sacco è temporaneamente attivo in attesa di modifica alla programmazione vigente). Nel 2024 la degenza media presso ODC è stata di 31 giorni (Figura 23.1.1). L'86% degli assistiti accolti in struttura nel 2024 proveniva dalle strutture ospedaliere e il 12% dal proprio domicilio. Il 39% degli utenti che sono stati dimessi nel 2024 sono rientrati principalmente a casa (nel 2023 38,5% e nel 2022 40,9%). La percentuale di deceduti in struttura è stata pari al 9,7% (nel 2023 10,6% e nel 2022 10,8%). Tra gli "indicatori di attività, funzionali alla verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti", di particolare rilevanza è l'indicatore E4 "Traiettoria prognostica". Tale indicatore confronta la prognosi definita all'accoglienza in struttura con gli esiti funzionali valutati alla dimissione. Nel 2024 su 1.820 soggetti valutati "pazienti con funzioni/abilità perse ma recuperabili, da riabilitare", il 70,0% ha recuperato interamente le funzioni (nel 2023 il 59,8%, nel 2022 il 56,3%); dei 4.942 pazienti con "alcune funzionalità/abilità perse, da stabilizzare" il 76,1% (2023: 76,9%) ha migliorato o stabilizzato le funzioni, infine dei 248 pazienti "con alcune funzionalità/abilità sicuramente perse, in cure palliative", indice di maggior

fragilità e complessità clinica, il 33,9% (nel 2023 il 42,7%, nel 2022 il 33,3%) ha stabilizzato le funzioni e il 38,3% (nel 2023 il 29,3%, nel 2022 il 47,1%) è deceduto (Figura 23.1.2).

Nota Metodologica

I dati relativi agli ODC sono stati disciplinati da un flusso informativo approvato dalla DGR n. 2683 del 29/12/2014 e raccolti con cadenza mensile a partire dal 2016. Con la stessa deliberazione sono stati approvati i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale e del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche. Nell'Allegato D a tale delibera, vengono definiti inoltre gli "indicatori di attività, funzionali alla verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti". Le tariffe giornaliere di remunerazione, le quote a carico dell'assistito per giornata di degenza e dell'esenzione alla compartecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni, sono regolate dalla DGR n.1563 del 30/12/2024. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale sono regolati dall'All. 1 al DM 77/2022: "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". Le denominazioni delle strutture sono state definite nell'Allegato A alla DGR n.136/2022.

Tabella 23.1.1 Principali caratteristiche socio-demografiche dell'utenza con almeno un giorno di presenza nell'anno in ODC. Percentuali sui totali di classe. Veneto, 2024 (Fonte: SER su dati ODC-URT)

	N	%
Genere		
Maschi	3.545	44,7
Femmine	4.390	55,3
Azienda ULSS sede della struttura		
1. Dolomiti	760	9,6
2. Marca Trevigiana	662	8,3
3. Serenissima	1.305	16,4
4. Veneto Orientale	348	4,4
5. Polesana	360	4,5
6. Euganea	1.433	18,1
7. Pedemontana	362	4,6
8. Berica	424	5,3
9. Scaligera	1.782	22,5
901. Az. Osp. PD	403	5,1
912. AOUI VR	96	1,2
Classi d'età all'ingresso in struttura		
0-69	1.111	14,0
70-74	643	8,1
75-79	1.084	13,7
80-84	1.683	21,2
85-89	1.947	24,5
90-94	1.141	14,4
95+	326	4,1
Totale utenza	7.935	100,0

Tabella 23.1.2 Ospedali di comunità con almeno un giorno di attività nell'anno per Azienda ULSS e comune sede della struttura. Veneto, 2024 (Fonte: SER su dati ODC-URT)

Azienda ULSS sede della struttura	Comune	Denominazione	Posti letto
1. Dolomiti	ALANO DI PIAVE	ODC - CASA S. ANTONIO ABATE - ALANO DI PIAVE (BL)	20
	AGORDO	ODC - O. AGORDO	14
	AURONZO DI CADORE	ODC - C. S. P. - AURONZO DI CADORE	21
	BELLUNO	ODC - O. BELLUNO	15
	FELTRE	ODC - O. FELTRE	15
2. Marca Trevigiana	TREVISO	ODC - O. TREVISO	28
	PEDEROBBA	ODC - C.S. OPERE PIE - ONIGO DI PEDEROBBA (TV)	30
3. Serenissima	VENEZIA	ODC - CENTRO NAZARETH - FONDAZIONE OSMC - ZELARINO (VE)	30
	VENEZIA	ODC - IRCCS SAN CAMILLO - LIDO (VE)	11
	VENEZIA	ODC - O. CL. SAN RAFFAELE ARCANGELO - FATEBENEFRATELLI - VENEZIA (VE)	15
	VENEZIA	ODC - O. VENEZIA	21
	CHIOGGIA	ODC - O. CHIOGGIA	12
	NOALE	ODC - S. ANTONIO RELAXXI S.R.L. - RELAXXI S.R.L. - NOALE (VE)	20
	NOALE	ODC - EX OSPEDALE DI NOALE 1	20
4. Veneto Orientale	JESOLO	ODC - STELLA MARINA - JESOLO (VE)	24
	SAN DONA' DI PIAVE	ODC - IPAB MON CADUTI - SAN DONA' (VE)	14
5. Polesana	TRECENTA	ODC - O. S. LUCA TRECENTA	29
	ADRIA	ODC - O. ADRIA	24
6. Euganea	CONSELVE	ODC - O. CONSELVE	15
	MONTAGNANA	ODC - EX OSPEDALE DI MONTAGNANA	30
	CITTADELLA	ODC - IPAB CRA - CITTADELLA (PD)	15
	CAMPOSAMPIERO	ODC - IPAB BONORA - CAMPOSAMPIERO (PD)	15
	PADOVA	ODC - CIVITAS VITAE - FONDAZIONE OIC - PADOVA (PD)	60
	PADOVA	ODC - C.C. VILLA MARIA - PADOVA (PD)	16
	CAMPOSAMPIERO	ODC - O. CAMPOSAMPIERO	12
	PIOVE DI SACCO	ODC - O. PIOVE DI SACCO	8
7. Pedemontana	MAROSTICA	ODC - C. S. S. PROSPERO ALPINO - MAROSTICA	20
	MALO	ODC - IPAB MUZAN - MALO (VI)	15
8. Berica	VALDAGNO	ODC - O. VALDAGNO	15
	VICENZA	ODC - IPAB VICENZA - VICENZA (VI)	11
	SANDRIGO	ODC - IPAB SUOR DIODATA - SANDRIGO (VI)	12
	NOVENTA VICENTINA	ODC - O. NOVENTA VI.	24
9. Scaligera	VERONA	ODC - C. S. LE BETULLE - VERONA (VR)	24
	TREGNAGO	ODC - CENTRO SISTO ZERBATO - TREGNAGO (VR)	24
	VALEGGIO SUL MINCIO	ODC - C. S. P. VALEGGIO SUL MINCIO	24
	BOVOLONE	ODC - O. BOVOLONE	24
	CASTELNUOVO DEL GARDA	ODC - C. C. PEDERZOLI - CASTELNUOVO DEL GARDA (VR)	24
	SAN BONIFACIO	ODC - O. S. BONIFACIO	18
	NEGRAR DI VALPOLICELLA	ODC - IRCCS O. CL. SACRO CUORE DON CALABRIA - NEGRAR (VR)	24
901. Az. Osp. PD	PADOVA	ODC - O. S. ANTONIO 1	28
	PADOVA	ODC - O. S. ANTONIO 2	22
912. AOUI VR	VERONA	ODC - POLO BORGO ROMA - VERONA	30

Figura 23.1.1 Degenza media per ODC (in giorni) per Azienda ULSS. Veneto, 2024 (Fonte: SER su dati ODC-URT).

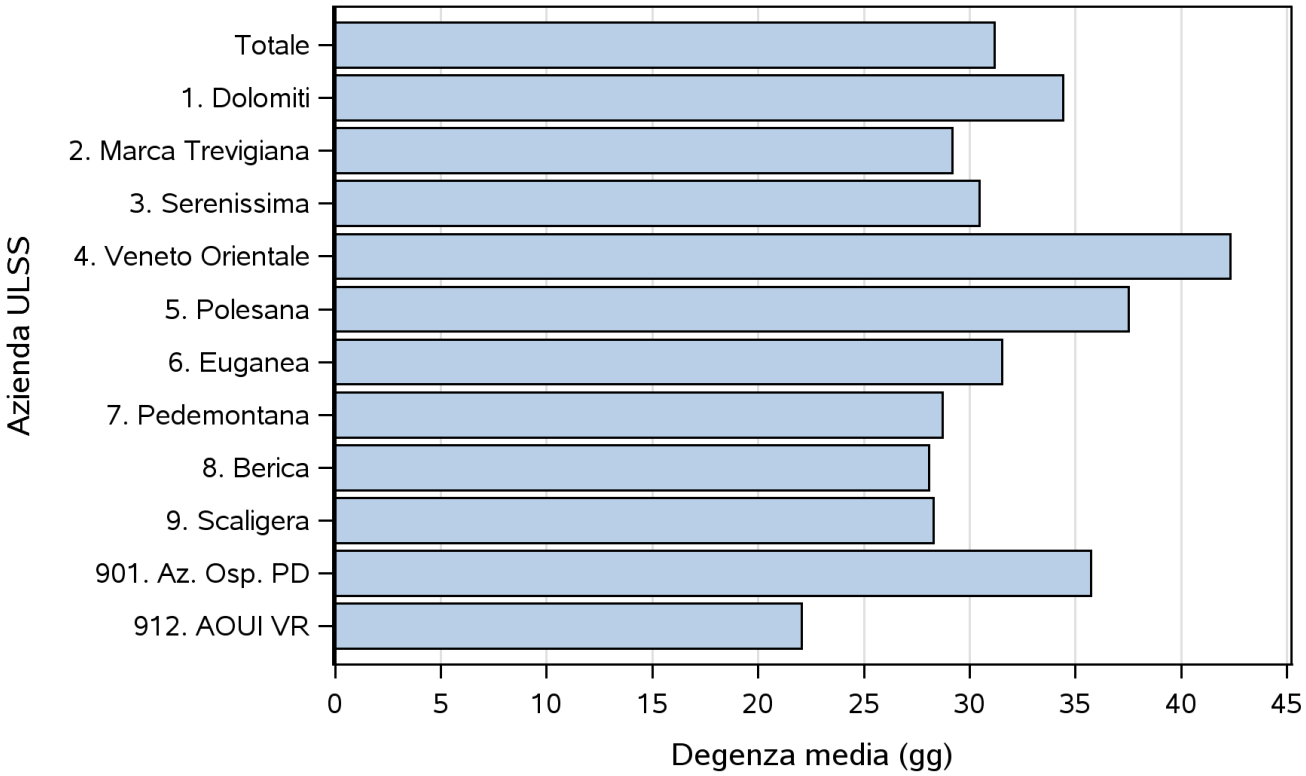
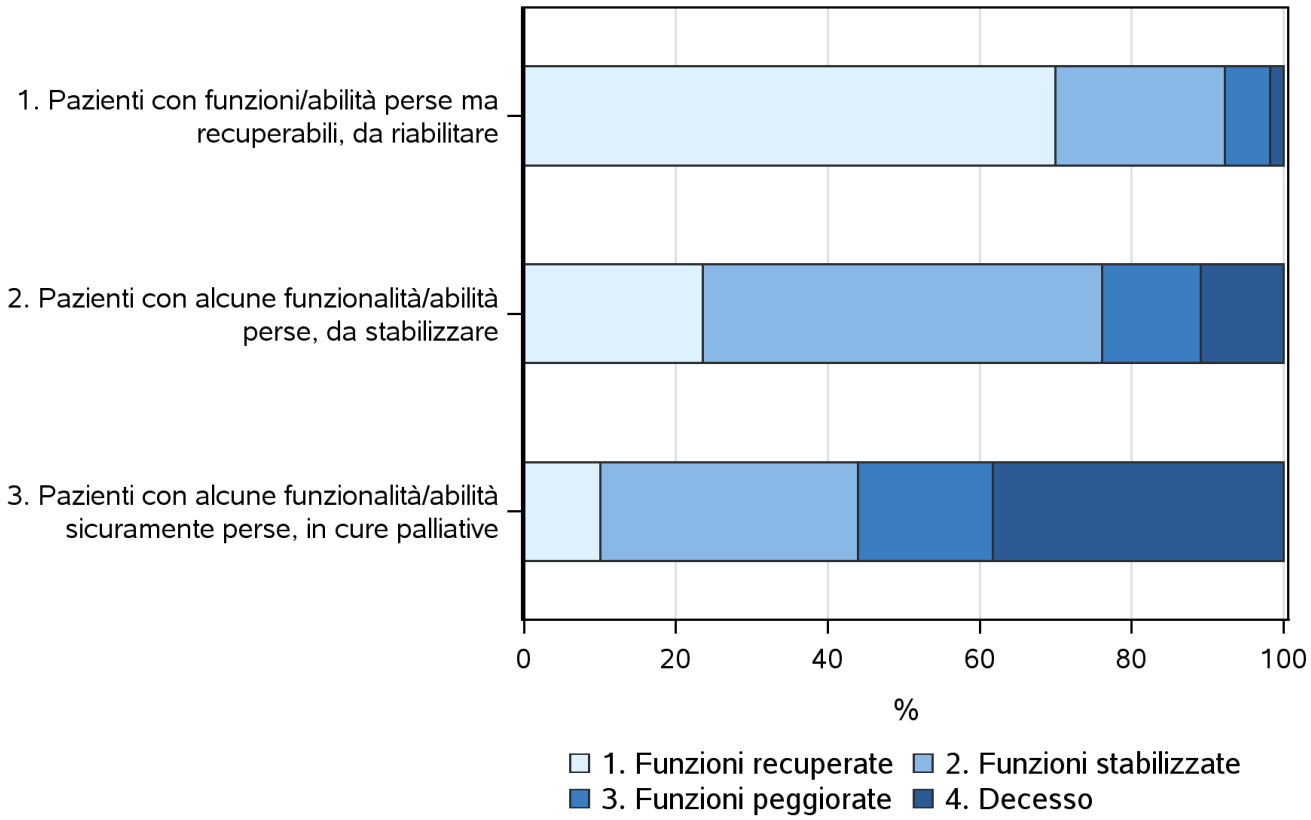


Figura 23.1.2 Indicatore E4 'Traiettoria prognostica' (allegato D alla DGR 2683/2014). Veneto, 2024 (Fonte: SER su dati ODC-URT).



Per maggiori informazioni

Direzione regionale Programmazione sanitaria UO Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie

Palazzo Molin - San Polo, 2514 - 30125 Venezia

assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

041 2791501-1502

23.2 Unità di Riabilitazione Territoriali (URT)

L'Unità Riabilitativa Territoriale (URT) è una struttura residenziale che offre cure intermedie per pazienti che necessitano di riabilitazione post-acuta, che non richiedono assistenza ospedaliera ma contestualmente non sono pronti per il rientro a casa o in una residenza. L'URT fornisce un percorso riabilitativo estensivo, assistenziale e, in alcuni casi, educativo, per aiutare i pazienti a recuperare la massima autonomia possibile, per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riacutizzazioni di patologie croniche in pazienti comunque sufficientemente collaboranti. Si caratterizza per un ricovero di media durata (massimo 8 settimane). Dal secondo trimestre del 2023 (secondo le Milestones del PNRR) è stato adottato il flusso SIAR, per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa territoriale, creato dal Ministero della Salute, in cui sono stati conferiti i dati (opportunamente armonizzati) del flusso URT regionale. Questo flusso informativo, previsto dal DM del 7/08/2023, raccoglie dati essenziali per monitorare l'assistenza riabilitativa ed è stato istituito per migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema riabilitativo territoriale, infatti la sua implementazione è stata prevista nelle linee di investimento dedicate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con particolare riferimento al sub-investimento 1.3.2.2 "Reingegnerizzazione NSIS a livello locale" della missione 6 "Salute" - Componente 2. Analizzando l'attività erogata dalle Unità Riabilitative Territoriali si rileva che, nel 2024, in totale sono stati presi in carico 2.281 utenti (nell'anno 2023 erano stati presi in carico 2.079 utenti); la composizione socio demografica viene descritta in Tabella 23.2.1: in particolare l'utenza è per il 64% composta da donne (2023: 65%, 2022: 64%). Le Aziende ULSS che hanno registrato più presenze sono state l'ULSS 6 Euganea (31% degli utenti totali) e l'ULSS 7 Pedemontana (19%). Il 54%, degli utenti presenta un'età all'ammissione superiore agli ottant'anni, mentre l'utenza con età inferiore ai 70 anni raggiunge il 17%, in leggero calo rispetto al 2023 (18%). Nella Tabella 23.2.2 vengono elencate le strutture che hanno offerto assistenza almeno per un giorno nell'anno di riferimento, per un totale di 214 posti letto (i 12 posti dell'Ospedale di Marzana non vengono conteggiati). Nel 2024 la degenza media presso le URT è stata di 24 giorni (Figura 23.2.1). Il 75% degli assistiti accolti in struttura nel 2024 proveniva dalle strutture ospedaliere (dato invariato rispetto all'anno precedente) e il 12,75% dal proprio domicilio, rispetto al 13,5% del 2023. Gli utenti che sono stati dimessi nel 2024 sono rientrati a casa nell'82% dei casi (rispetto all'81% del 2023), di cui il 69% senza assistenza domiciliare integrata (ADI) o servizio di assistenza domiciliare (SAD) e il rimanente 13% con ADI o SAD. Tra gli "indicatori di attività, funzionali alla verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti", definiti nell'allegato D alla DGR 2683/2014, di particolare rilevanza è l'indicatore E4 "Traiettoria prognostica". Tale indicatore confronta la prognosi definita all'accoglienza in struttura con gli esiti funzionali alla dimissione. Nel 2024 su 1.630 pazienti, rispetto ai 1.548 del 2023, valutati come "pazienti con funzioni/abilità perse ma recuperabili, da riabilitare", l'86% ha recuperato interamente le funzioni; dei 645 pazienti con "alcune funzionalità/abilità perse, da stabilizzare" il 92% ha migliorato o stabilizzato le funzioni, infine dei 5 pazienti "con alcune funzionalità/abilità sicuramente perse, in cure palliative", il 60% ha stabilizzato le funzioni e nessuno è deceduto (Figura 23.2.2).

Nota Metodologica

I dati relativi alle URT sono stati disciplinati da un flusso informativo approvato dalla DGR n. 2683 del 29/12/2014 e raccolti con cadenza mensile a partire dal 2016. Con la stessa delibera sono stati approvati i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale e del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche. Le tariffe giornaliere di remunerazione, le quote a carico dell'assistito per giornata di degenza e dell'esenzione alla compartecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni, sono regolate dalla DGR n.1563 del 30/12/2024.

Tabella 23.2.1 Principali caratteristiche socio-demografiche dell'utenza con almeno un giorno di presenza nell'anno in URT. Percentuali sui totali di classe. Veneto, 2024 (Fonte: SER su dati ODC-URT)

	N	%
Genere		
Maschi	823	36,1
Femmine	1.458	63,9
Azienda ULSS sede della struttura		
2. Marca Trevigiana	404	17,7
3. Serenissima	291	12,8
5. Polesana	73	3,2
6. Euganea	700	30,7
7. Pedemontana	433	19,0
8. Berica	380	16,7
Classi d'età all'ingresso in struttura		
0-69	397	17,4
70-74	244	10,7
75-79	412	18,1
80-84	565	24,8
85-89	456	20,0
90-94	177	7,8
95+	30	1,3
Totale utenza	2.281	100,0

Tabella 23.2.2 Unità riabilitative territoriali con almeno un giorno di attività nell'anno per Azienda ULSS e comune sede della struttura. Veneto, 2024 (Fonte: SER su dati ODC-URT)

Azienda ULSS sede della struttura	Comune	Denominazione	Posti letto
2. Marca Trevigiana	VALDOBBIADENE	URT - IPAB ISTITUTI SAN GREGORIO - VALDOBBIADENE (TV)	25
3. Serenissima	NOALE	URT - EX OSPEDALE DI NOALE	24
5. Polesana	ADRIA	URT - O. ADRIA	14
6. Euganea	CAMPOSAMPIERO	URT - IPAB BONORA - CAMPOSAMPIERO (PD)	10
	PIAZZOLA SUL BRENTA	URT - IPAB CRA - CITTADELLA (PD)	10
	PADOVA	URT - CIVITAS VITAE - FONDAZIONE OIC - PADOVA (PD)	15
	PIOVE DI SACCO	URT - O. PIOVE DI SACCO	17
	MONTAGNANA	URT - EX OSPEDALE DI MONTAGNANA	18
7. Pedemontana	MALO	URT - IPAB MUZAN - MALO (VI)	22
	MAROSTICA	URT - C. S. S. PROSPERO ALPINO - MAROSTICA	20
8. Berica	VICENZA	URT - IPAB VICENZA - VICENZA (VI)	13
	SANDRIGO	URT - IPAB SUOR DIODATA - SANDRIGO (VI)	26

Figura 23.2.1 Degenza media per URT (in giorni) per Azienda ULSS. Veneto, 2024 (Fonte: SER su dati ODC-URT)

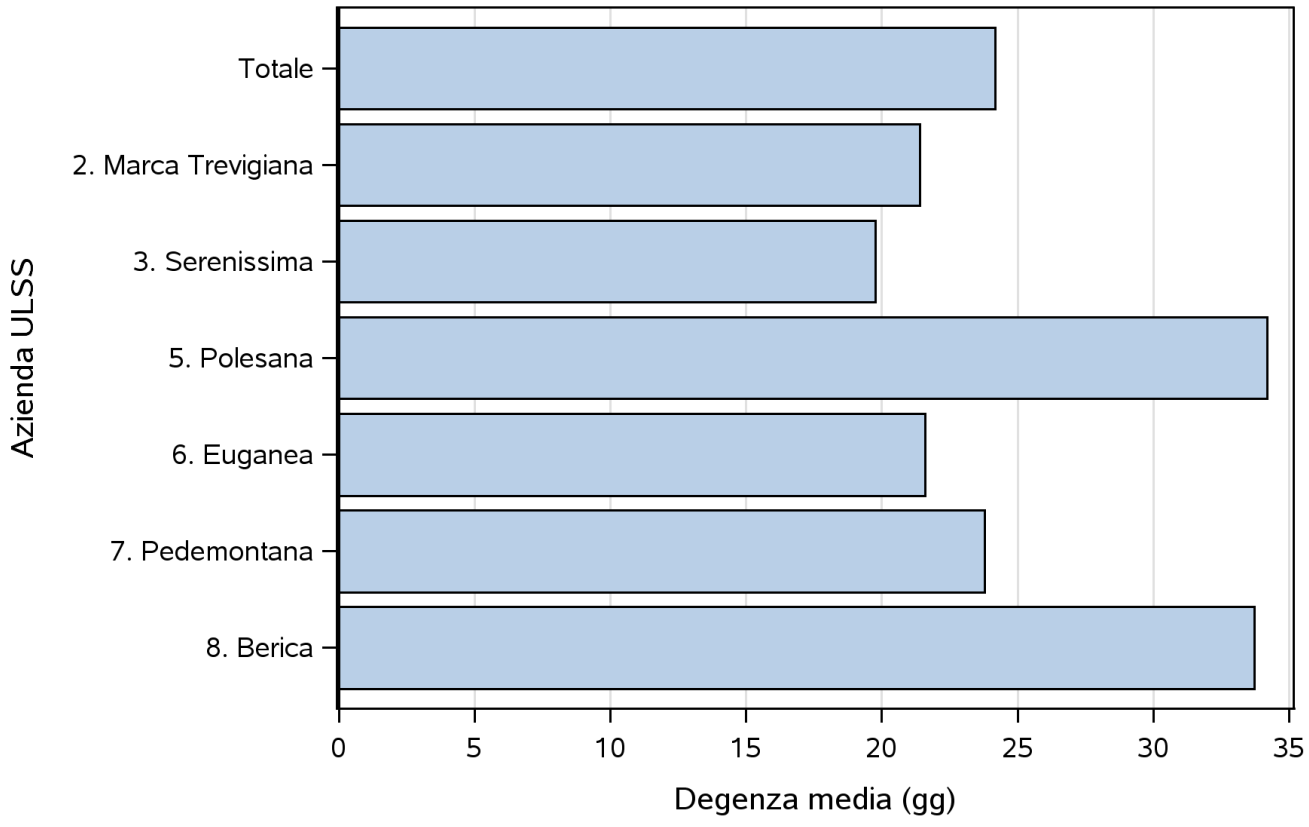
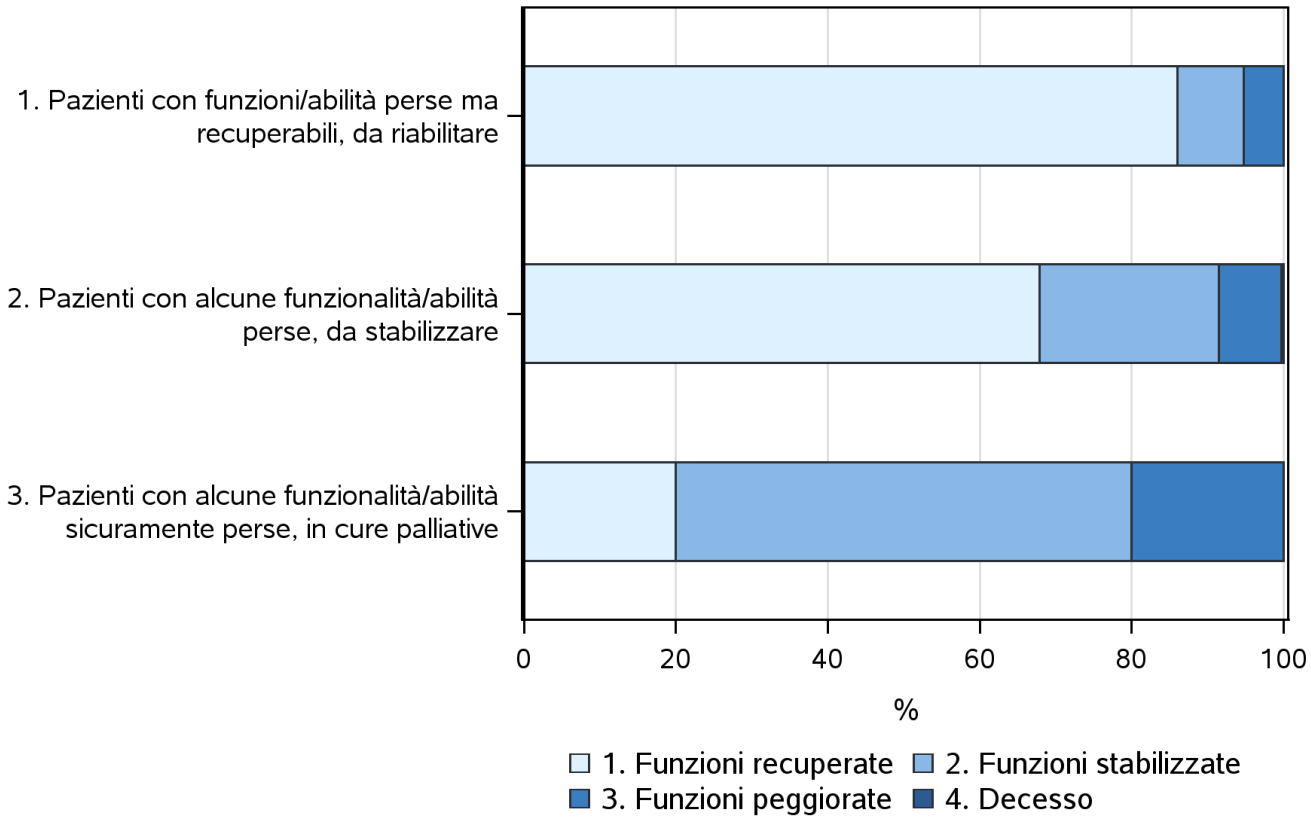


Figura 23.2.2 Indicatore E4 'Traiettoria prognostica' (allegato D alla DGR 2683/2014). Veneto, 2024 (Fonte: SER su dati ODC-URT)



Per maggiori informazioni

Direzione regionale Programmazione sanitaria UO Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie

Palazzo Molin - San Polo, 2514 - 30125 Venezia

assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

041 2791501-1502

Aree di intervento

24. Assistenza materno-infantile

CONTENUTI

- 24.1 Gravidanza, parto e nascita
- 24.2 Interruzioni volontarie di gravidanza e abortività spontanea
- 24.3 Prematurità e basso peso
- 24.4 Natimortalità, mortalità nel primo anno di vita
- 24.5 Ospedalizzazione da 0 a 18 anni
- 24.6 Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori
- 24.7 Fecondazione assistita

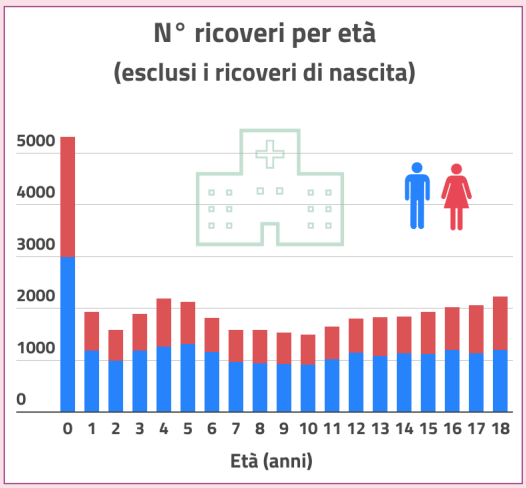
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE. Anno 2023

29.936 parti
4.267 IVG (interruzioni volontarie di gravidanza)
2.747 aborti spontanei

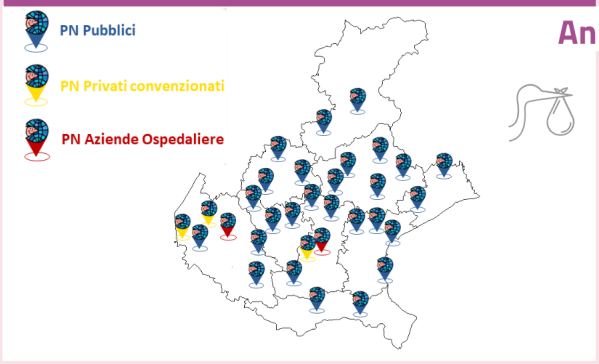
Il 4,9% delle donne che hanno partorito è ricorso ad almeno un'indagine invasiva

Il 4,3% dei parti deriva da procreazione medicalmente assistita

Nati nel 2023



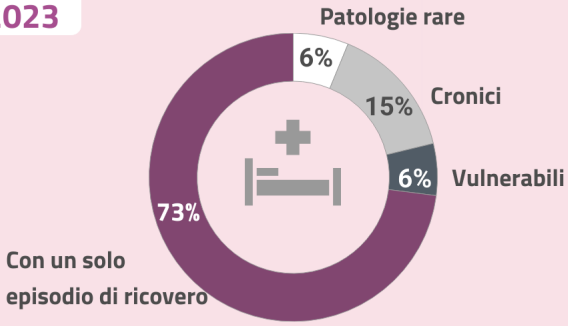
Punti nascita



1 parto ogni 4
mediante taglio cesareo

Anno 2023

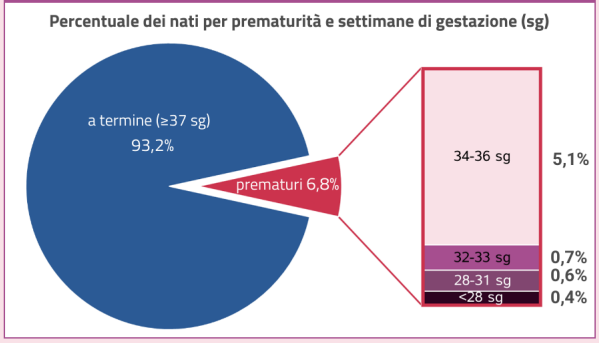
Ospedalizzazione 0-18 anni



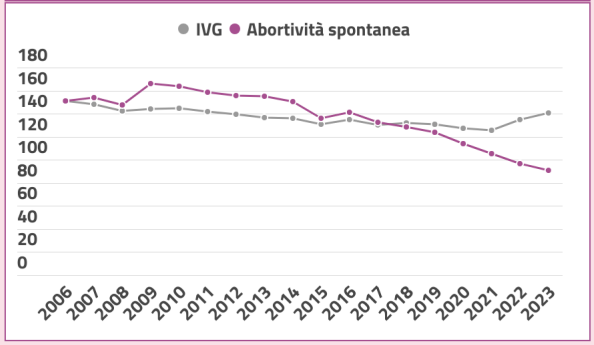
Tasso di ricovero 0-18 anni: 49,5 per 1.000 residenti

Natimortalità: 3,09 per 1.000 nati

Prematurità



Abortività (rapporto per 1.000 nati vivi)



Fonte: Cedap, SDO, flussi IVG e AS

24.1 Gravidanza, parto e nascita

L'assistenza durante l'intero percorso nascita viene garantita attraverso una rete integrata di servizi ospedalieri e territoriali, che comprendono Unità operative infanzia adolescenza e famiglia presenti in tutte le Aziende Sanitarie. La rete conta circa 100 consultori familiari e 32 Punti Nascita (PN), distribuiti su tutto il territorio regionale. Dal 2020 è stata inoltre implementata una rete di sorveglianza e di aiuto per le neo-mamme per prevenire e contrastare il fenomeno della depressione post-partum.

In Veneto nel 2023, la quasi totalità (99,6%) dei 29.936 parti è avvenuta presso una struttura pubblica o privata convenzionata. I rimanenti avvengono: 93 a domicilio, 13 presso altra struttura di assistenza e 25 altrove (ambulanza, macchina, etc.). Tra i parti avvenuti a domicilio il 52,7% (n=49) è stato programmato e assistito da una ostetrica libero-professionista, mentre nei restanti 44 casi si è trattato di un parto precipitoso.

Nel 2023 in Veneto un parto ogni quattro è avvenuto mediante taglio cesareo (da un minimo di 14% ad un massimo di 35% per Punto Nascita). Nel 56% dei parti vaginali è stato utilizzato un metodo per il controllo del dolore: l'analgesia farmacologica è stata impiegata nel 61% dei parti con metodiche anti-dolore in travaglio, in particolare l'epidurale (44,5%). Tra i metodi non farmacologici prevale, invece, il travaglio e/o il parto in acqua (4%).

Mediamente le donne che hanno partorito in Veneto hanno effettuato 7 visite durante la gravidanza, il 43% ha eseguito più di 7 visite, mentre lo 0,2% non ha effettuato alcuna visita. La proporzione di donne con un numero inferiore allo standard di controlli in gravidanza è maggiore tra le straniere rispetto alle italiane (7,2% vs 1,6%). Il 65% delle donne in Veneto esegue la prima visita entro le prime 8 settimane di gravidanza.

Nonostante la quota di donne over 35 sia andata nel tempo aumentando, il ricorso alla diagnostica prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) è andato rapidamente riducendosi, probabilmente per l'ampia diffusione delle tecniche non invasive. Nel 2023, il 4,9% (n=1.405) delle donne che hanno partorito è ricorso ad almeno una indagine invasiva; il 3% ha necessitato di più di un'indagine invasiva e più un quarto (28%) di coloro che l'hanno effettuata aveva un'età inferiore a quella considerata a rischio (35 anni). Le richieste più frequenti hanno riguardato l'amniocentesi (49% dei parti con indagini invasive) e l'analisi dei villi coriali (47%).

Nel 2023 in Veneto sono nati 30.386 bambini di cui 15.592 maschi e 14.794 femmine con un rapporto dei sessi alla nascita pari a 1,05.

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali

Flusso informativo CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349.

Approfondimenti

Registro Nascita, Regione Veneto. Analisi dell'evento nascita a partire dai dati sui certificati di assistenza al parto. Dati Cedap anno 2023

https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Coordinamento regionale Malattie Rare - Azienda Ospedale Università di Padova

Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

registronascita@regione.veneto.it

049 8215700

24.2 Interruzioni volontarie di gravidanza e abortività spontanea

Negli ultimi diciotto anni si è assistito ad un decremento del numero assoluto di IVG (Figura 24.2.1) passate da 7.090 (2006) a 4.086 unità (2021). Nel 2023 il numero di IVG risulta stabilizzato rispetto all'anno precedente e pari a 4.267. Il tasso di abortività volontaria è risultato in leggero aumento, passando dal 6,4‰ nel 2006, al 4,2‰ nel 2021 e al 4,5‰ nel 2023. Il rapporto di abortività volontaria è passato dal valore di 151,0‰ del 2006 al 125,6‰ nel 2021, al 140,9 nel 2023. I tassi italiani si confermano costantemente superiori a quelli veneti. Nel 2023 il 34,8% delle interruzioni in Veneto hanno riguardato donne straniere. Nel tempo, i tassi di abortività riferiti alle donne italiane risultano abbastanza stabili, intorno al 3‰, mentre quelli delle donne straniere residenti sono diminuiti, passando da 23,2‰ nel 2006 all'attuale 9,1‰. Il fenomeno delle IVG ripetute riguarda maggiormente le donne straniere rispetto alle donne italiane (26% vs 16%).
La tecnica di interruzione di gravidanza più utilizzata nel 2023 è stata il trattamento farmacologico (53,5%), seguito dal metodo di Karman (21,9%), da altre forme di isterosuzione (15,7%) e dal raschiamento (8,3%) (Figura 24.2.2). La Figura 24.2.3 evidenzia come siano cambiati i metodi utilizzati per IVG nel tempo: negli ultimi tre anni il trattamento farmacologico è aumentato di oltre 35 punti percentuali a discapito del metodo di Karman (-18), ad altre forme di isterosuzione (-12) e al raschiamento (-4).
L'abortività spontanea descrive nel tempo un trend in decremento, passando da 7.094 unità nel 2006 a 2.747 unità nel 2023 (Figura 24.2.4). Anche il tasso e il rapporto di abortività spontanea mostrano un trend decrescente nel tempo, più evidente dal 2009, passando rispettivamente da 6,9‰ a 2,9‰ e da 166,1‰ a 90,7‰.
I tassi specifici per età differiscono a seconda dell'evento esaminato (Figura 24.2.5). Le IVG non presentano un vero e proprio picco e la curva è asimmetrica a destra, con tassi aumentati già a partire dalle classi d'età 20-24 anni, al contrario la curva disegnata dai tassi di abortività spontanea presenta valori maggiori a partire dai 30-34 anni. Infine i tassi di fecondità tracciano una curva più simmetrica con tassi più bassi per le classi più giovani e più avanzate e tassi più elevati per la fascia d'età centrale, dai 25 ai 39 anni.

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali
Flusso informativo CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349;
Flusso informativo Interruzioni Volontarie di Gravidanza, fonte Modello ISTAT D12;
Flusso informativo Aborti Spontanei, fonte Modello ISTAT D11;
ISTAT: Demografia in cifre https://demo.istat.it/

Indicatori
Tasso grezzo di abortività (volontaria/spontanea): rapporto fra numero di (IVG/aborti spontanei) effettuate da donne in età feconda (15-49 anni) e la popolazione residente femminile in età feconda, x1.000.
Rapporto di abortività (volontaria/spontanea): rapporto tra numero di (IVG/aborti spontanei) e il totale di nati vivi, x1.000.

Figura 24.2.1 Distribuzione IVG per anno di evento. Veneto, anni 2006-2023

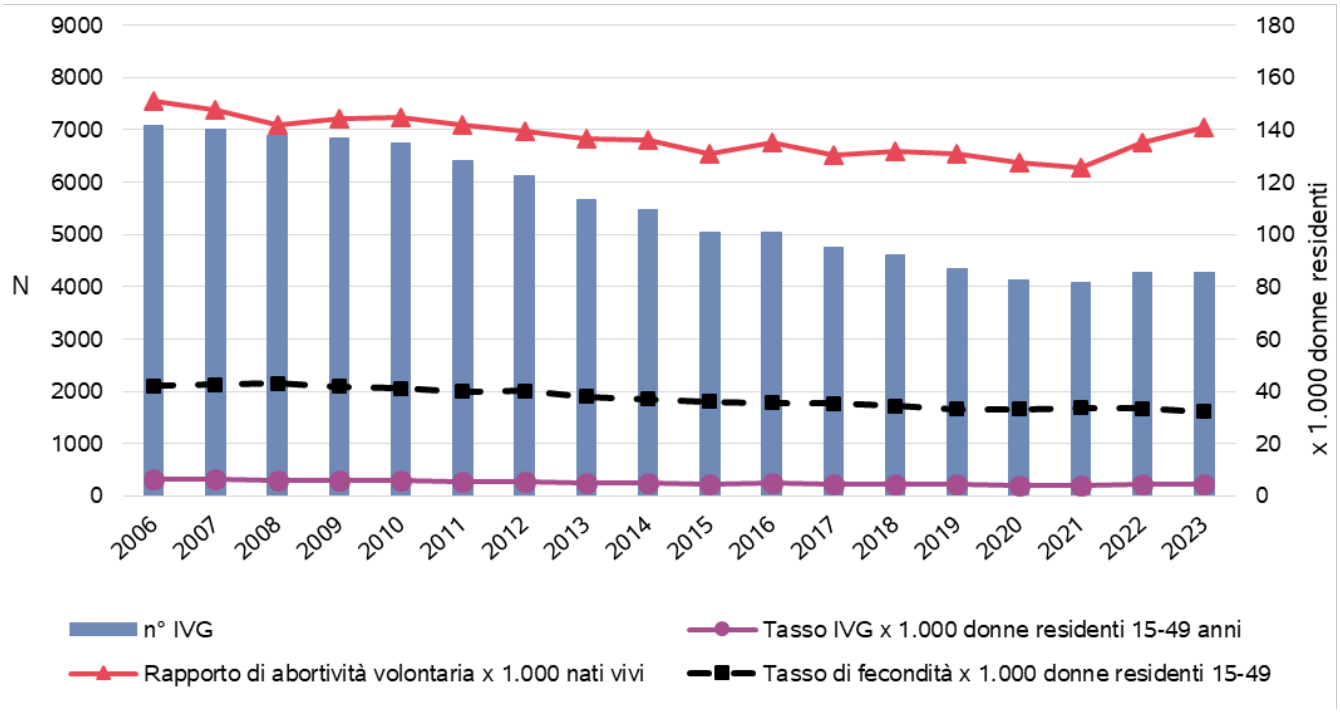


Figura 24.2.2 Distribuzione percentuale IVG per tipo di intervento. Veneto, anno 2023

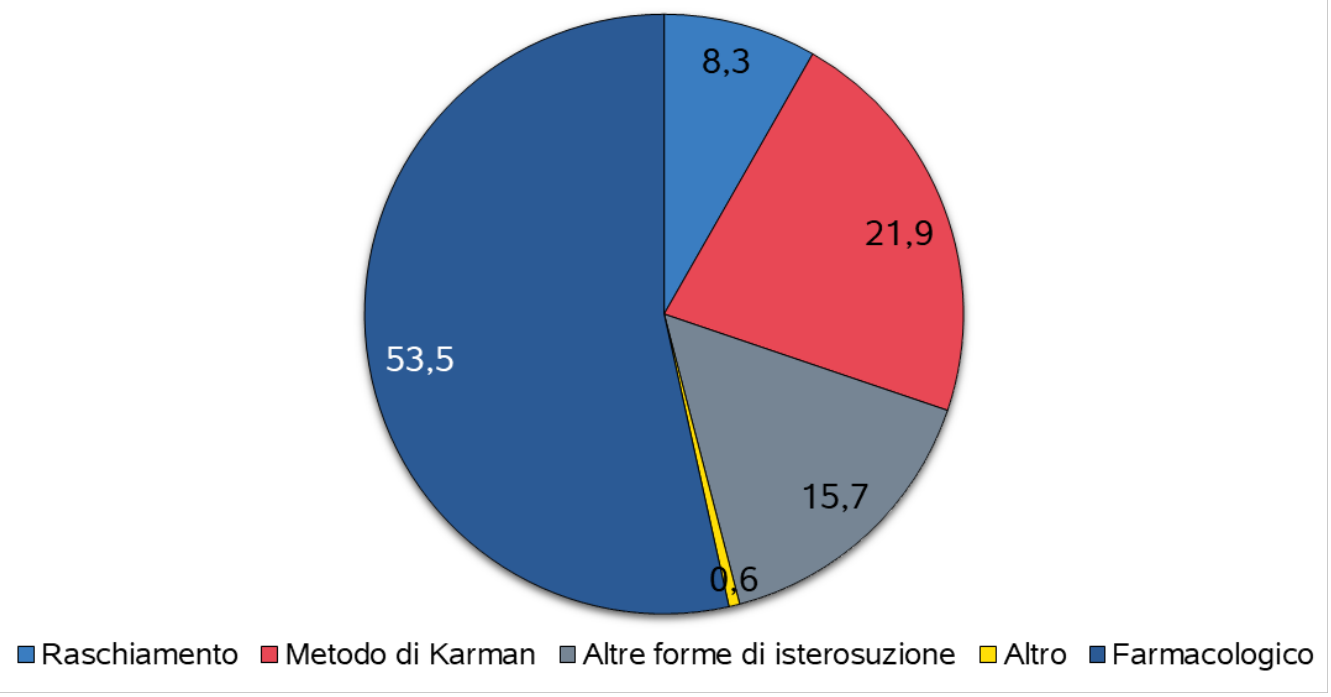


Figura 24.2.3 Distribuzione IVG per Tipo di intervento e anno dell'evento. Veneto, anni 2006-2023

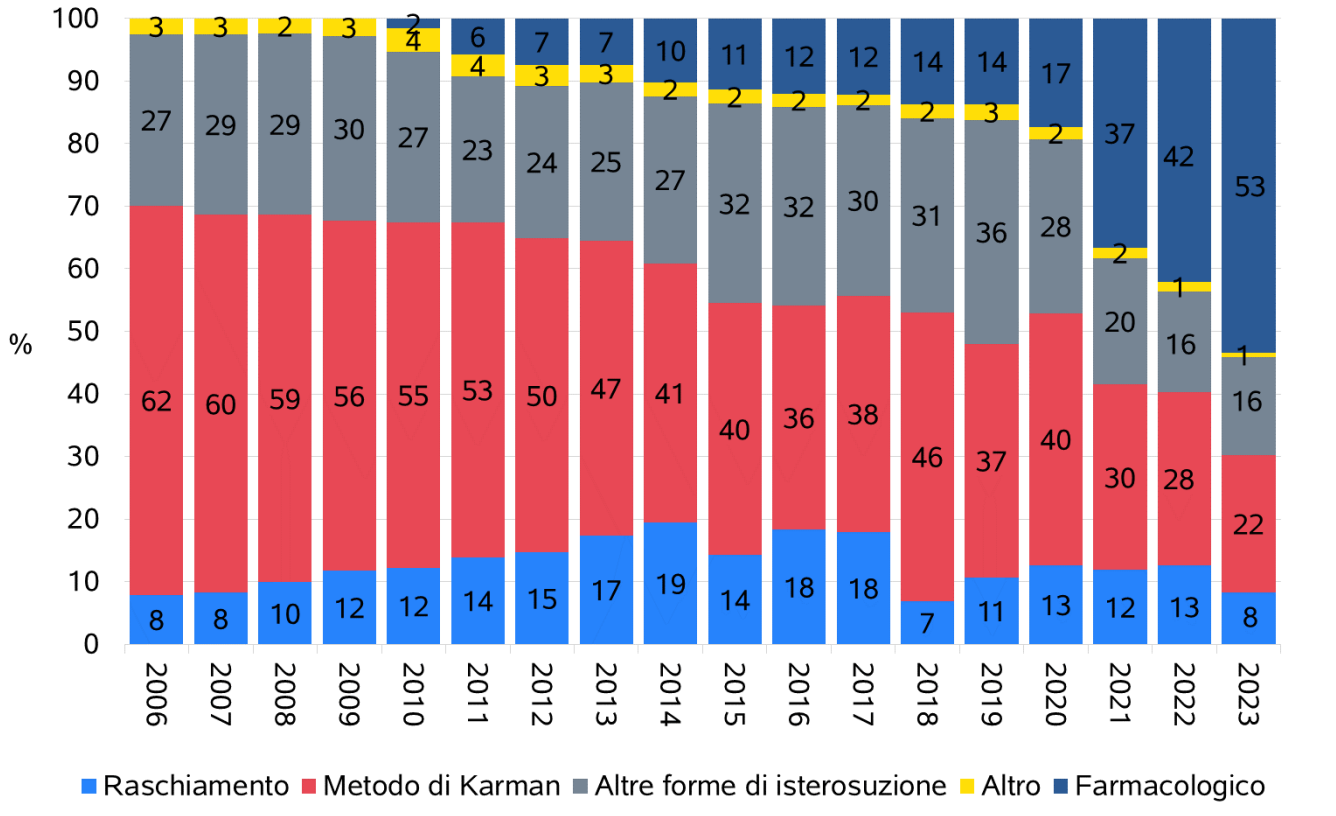


Figura 24.2.4 Distribuzione Aborti Spontanei per anno di evento. Veneto, anni 2006-2023

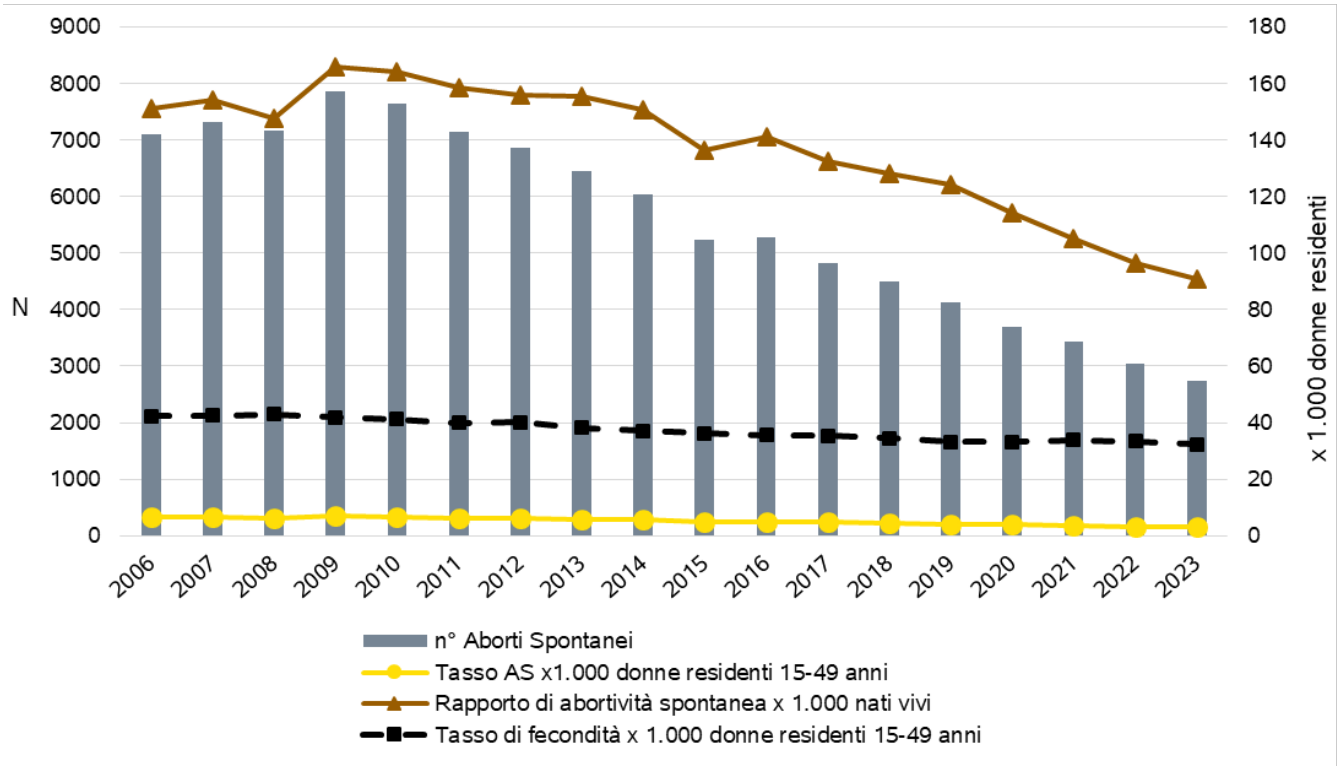
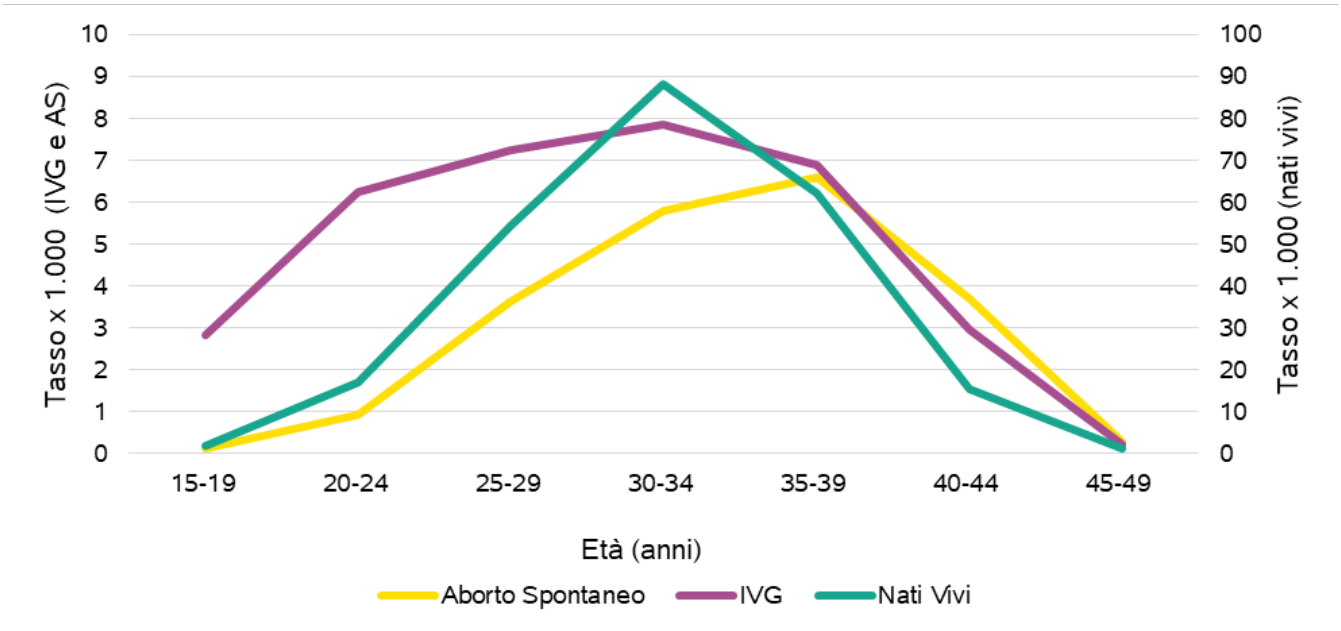


Figura 24.2.5 Tassi di abortività volontaria, spontanea e di fertilità per classi d'età. Veneto, anno 2023



Approfondimenti

- Registro Nascita, Regione Veneto. Analisi dell'evento nascita a partire dai dati sui certificati di assistenza al parto. Dati Cedap anno 2023

  https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni

- Istat – Annuario Statistico Italiano 2024

  https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/12/ASI_2024.pdf

- Ministero della Salute - Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) - dati 2022
  https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3493_allegato.pdf

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Coordinamento regionale Malattie Rare- Azienda Ospedale Università di Padova

Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

registronascita@regione.veneto.it

049 8215700

24.3 Prematurità e basso peso

La prematurità e il basso peso rappresentano indicatori sia della salute riproduttiva che del bisogno di cure neonatali intensive, in particolare per le bassissime età gestazionali, e di cure complesse nei periodi successivi per coloro che sopravvivono. Nel 2023, la percentuale di nati pretermine è stata pari al 6,8% sotto le 37 settimane, 1,0% sotto le 32 e 0,4% sotto le 28 settimane di gestazione (Figura 24.3.1). Tali percentuali sono tra le più basse riportate in letteratura a livello internazionale, a testimonianza dell'elevato livello di offerta di servizi sanitari nella nostra Regione.
Anche la percentuale di nati con basso peso è contenuta: il 6,4% presenta un peso inferiore ai 2.500 grammi, l'1,0% minore di 1.500 grammi e lo 0,4% inferiore a 1.000 grammi (valori tra i più bassi registrati nel confronto interregionale) (Figura 24.3.2). La percentuale di nati con peso molto basso (inferiore ai 1.500 grammi) è di poco più alta tra le madri straniere (1,4% vs 0,8%) e i nati da primipare (1,2% vs 0,8%); quest'ultime sono più a rischio di partorire nati tra i 1.500 e i 2.500 grammi (6,3% vs 4,4%).
In Veneto più del 90% delle nascite estremamente premature si concentrano negli ospedali specializzati, dando evidenza del buon funzionamento del sistema di trasporto in utero. Sono definiti nati piccoli per età gestazionale (SGA) i neonati che presentano un peso alla nascita al di sotto del 3° percentile rispetto all'età gestazionale, al sesso e alla parità. In Veneto nel 2023 sono nati 604 bambini SGA, corrispondenti al 2,0% dei nati. Di questi, 15 sono nati morti, 69 sono nati da una gravidanza gemellare e 85 sono nati prematuri. Considerando i nati vivi da parti singoli, per i quali la percentuale di nati SGA è pari a 1,8%, si osservano incidenze maggiori di nati SGA rispetto all'atteso tra le donne con più di 40 anni (2,1%) e le donne provenienti da paesi dell'Asia, ad esclusione della Cina (3,6%). Altro fattore di rischio è l'avere una diagnosi di gestosi durante la gravidanza (4,0%).

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali
Flusso informativo CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349.

Figura 24.3.1 Distribuzione percentuale dei nati per prematurità e settimane di gestazione (sg). Veneto, anno 2023

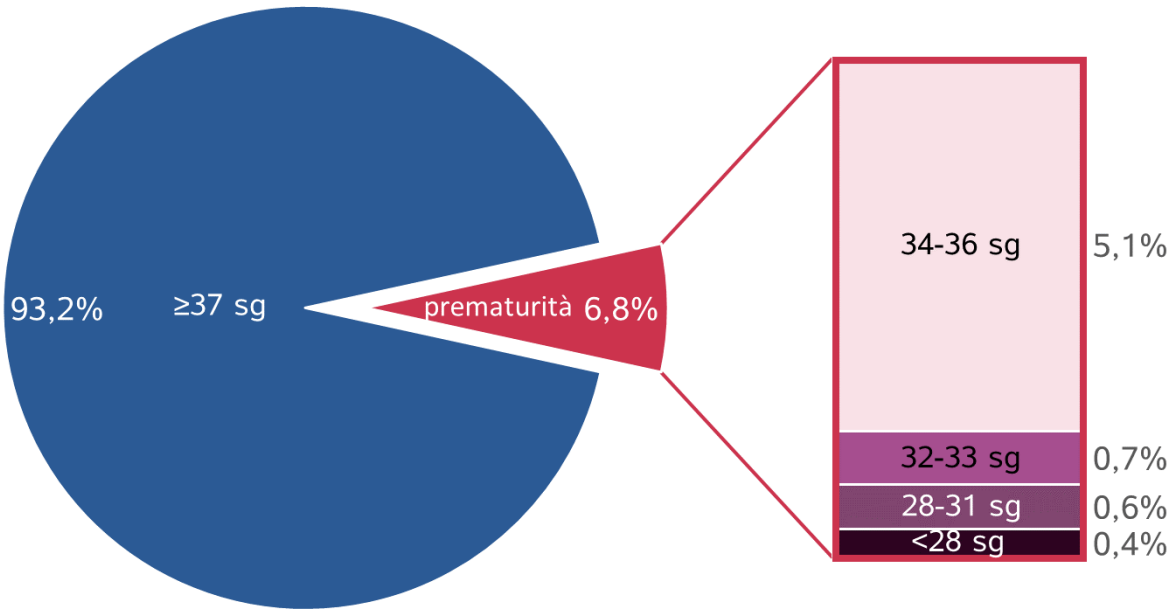
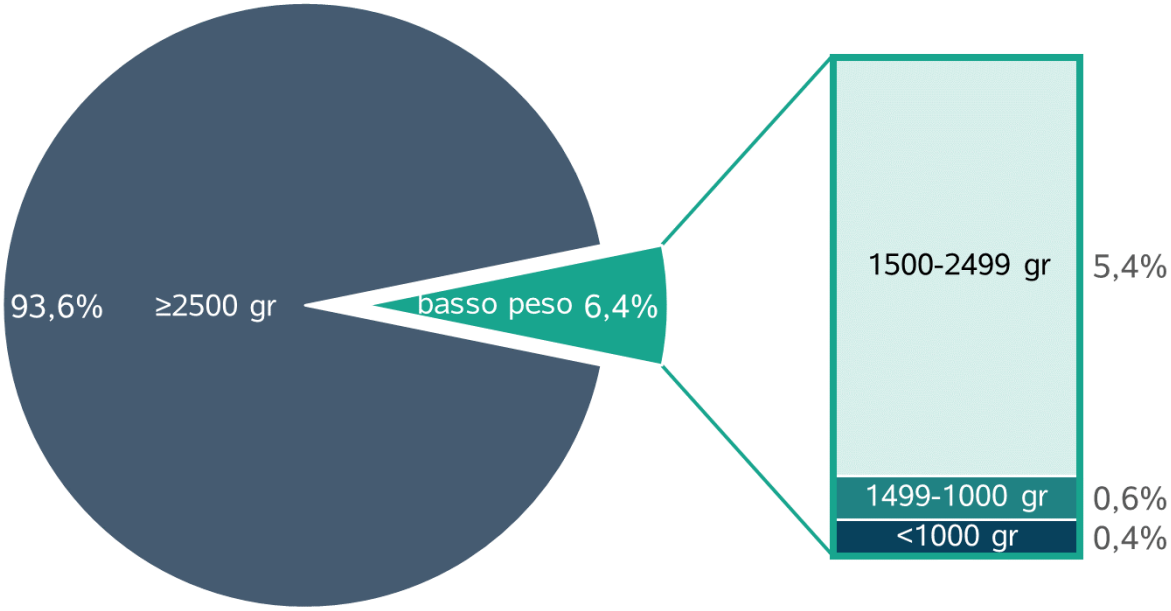


Figura 24.3.2 Distribuzione percentuale dei nati per basso peso (gr). Veneto, anno 2023



Approfondimenti

Registro Nascita, Regione Veneto. Analisi dell'evento nascita a partire dai dati sui certificati di assistenza al parto. Dati Cedap anno 2023

https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni

Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2023

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3524_allegato.pdf

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Coordinamento regionale Malattie Rare- Azienda Ospedale Università di Padova

Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

registronascita@regione.veneto.it

049 8215700

24.4 Natimortalità, mortalità nel primo anno di vita

Nel 2023 si sono verificati 94 casi di neonati nati morti e 2 sono stati i nati deceduti entro un'ora dal parto. Il tasso di natimortalità (fonte CEDAP) in Veneto è pari a 3,09 per 1.000 nati, mentre in Italia risulta pari a 2,40 per 1.000.
L'analisi del trend del quoziente di natimortalità negli ultimi vent'anni, dal 2003 al 2023 (Figura 24.4.1) ha permesso di confermare una stabilità dei valori veneti con oscillazioni comprese da un massimo di 3,3 (2010) ad un minimo di 2,3 per 1.000 nati (2016 e 2021). Si registra un trend in diminuzione su lungo periodo del fenomeno, con oscillazioni possibili se si considerano periodi più contenuti, che risentono della rarità degli eventi di natimortalità registrati.
Gli indicatori di mortalità perinatale, neonatale precoce e infantile risultano inferiori rispetto ai tassi nazionali (rispettivamente per l'ultimo anno disponibile da fonte ISTAT – anno 2021: 2,7‰ vs 3,8‰ nati vivi, 0,7‰ vs 1,2‰ nati vivi e 2,2‰ vs 2,7‰ nati vivi).
Nel 2023 si sono registrati 66 decessi di bambini veneti entro l'anno di vita, di cui 35 entro il primo mese: il 44% sono dovuti a difetti congeniti e il 20% a malformazioni e anomalie cromosomiche (Figura 24.4.2). Analizzando le morti di minori oltre l'anno di vita, si registrano 18 decessi entro i 4 anni (39% traumatismi/intossicazioni, 17% malformazioni e anomalie cromosomiche, 11% tumori e 11% disturbi del sistema circolatorio), 9 tra i 5-9 anni (22% tumori, 22% malattie rare, 22% neuropatie), 23 tra i 10-14 anni (35% malattie rare, 22% tumori e 22% traumatismi/intossicazioni) e 24 tra i 15-17 anni (46% traumatismi/intossicazioni, 13% malattie rare, 13% disturbi del sistema circolatorio e 8% tumori).

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali
Anni 1985-1996: ISTAT Nascite e Decessi;
Anni 1997-1998: ISTAT
Anni 1999-2001 Italia: ISTAT, Annuario Statistico Italiano
Anni 2002-in poi Veneto: Flusso informativo CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349;
Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera;
Flusso delle Schede di Morte;
ISTAT: Demografia in cifre https://demo.istat.it/.

Indicatori
Quoziente di natimortalità: rapporto tra il numero dei nati morti e il totale dei nati (morti e vivi), x1.000.
Quoziente di mortalità perinatale: rapporto tra il numero dei nati morti sommato al numero dei neonati morti entro i primi 7 giorni di vita e il totale dei nati (morti e vivi), x1.000.
Quoziente di mortalità neonatale precoce: rapporto tra il numero dei neonati morti entro 7 giorni dalla nascita e i nati vivi, x1.000.
Quoziente di mortalità infantile: rapporto tra il numero dei morti nel primo anno di vita e i nati vivi, x1.000.

Figura 24.4.1 Quoziente di natimortalità. Veneto e Italia, anni 1985-2023

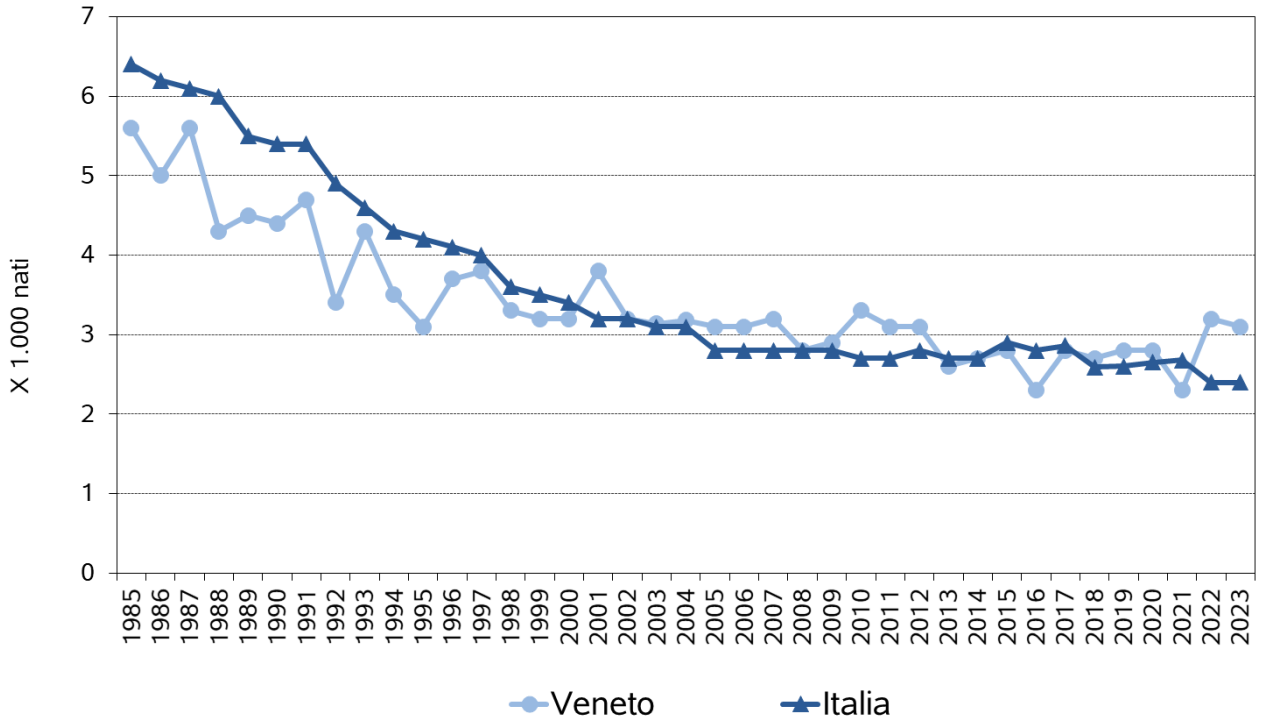
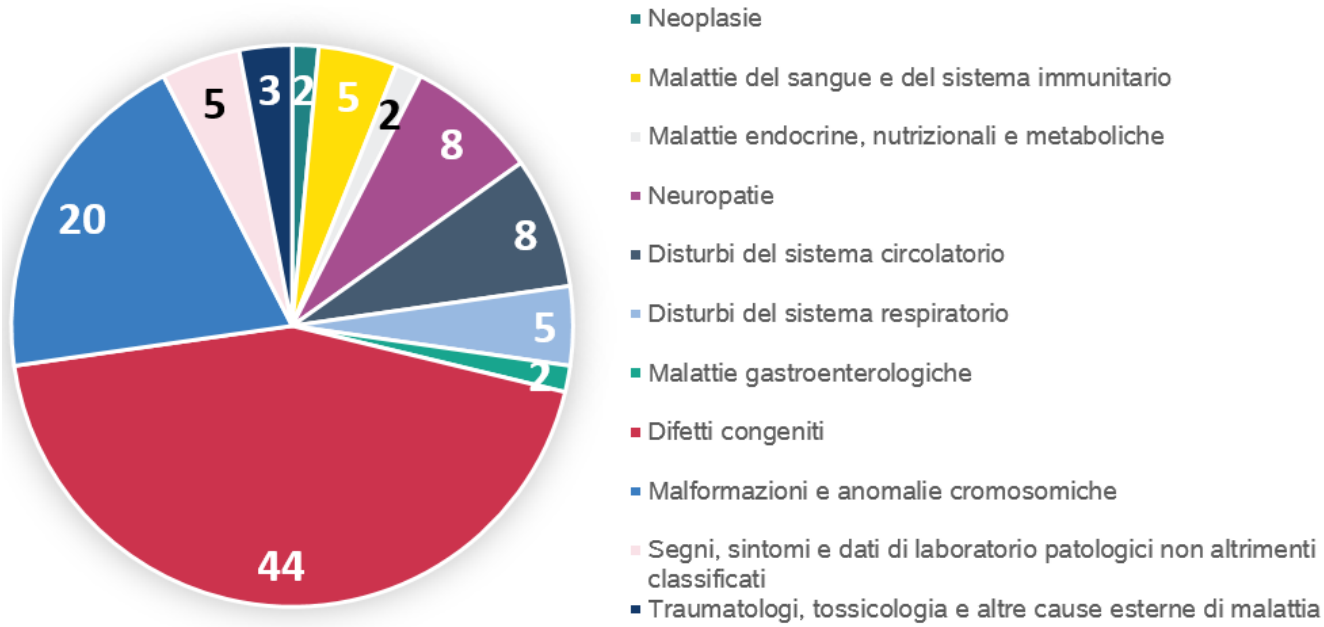


Figura 24.4.2 Distribuzione percentuale delle diagnosi di morte nel primo anno di vita per capitoli ICD-10. Veneto, anno 2023



Approfondimenti

- Registro Nascita, Regione Veneto. Analisi dell'evento nascita a partire dai dati sui certificati di assistenza al parto. Dati Cedap anno 2023

  https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni

- Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2023

  https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3524_allegato.pdf

- Istat – Annuario Statistico Italiano 2024

  https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/12/ASI_2024.pdf

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Coordinamento regionale Malattie Rare- Azienda Ospedale Università di Padova

Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

registronascita@regione.veneto.it

049 8215700

24.5 Ospedalizzazione da 0 a 18 anni

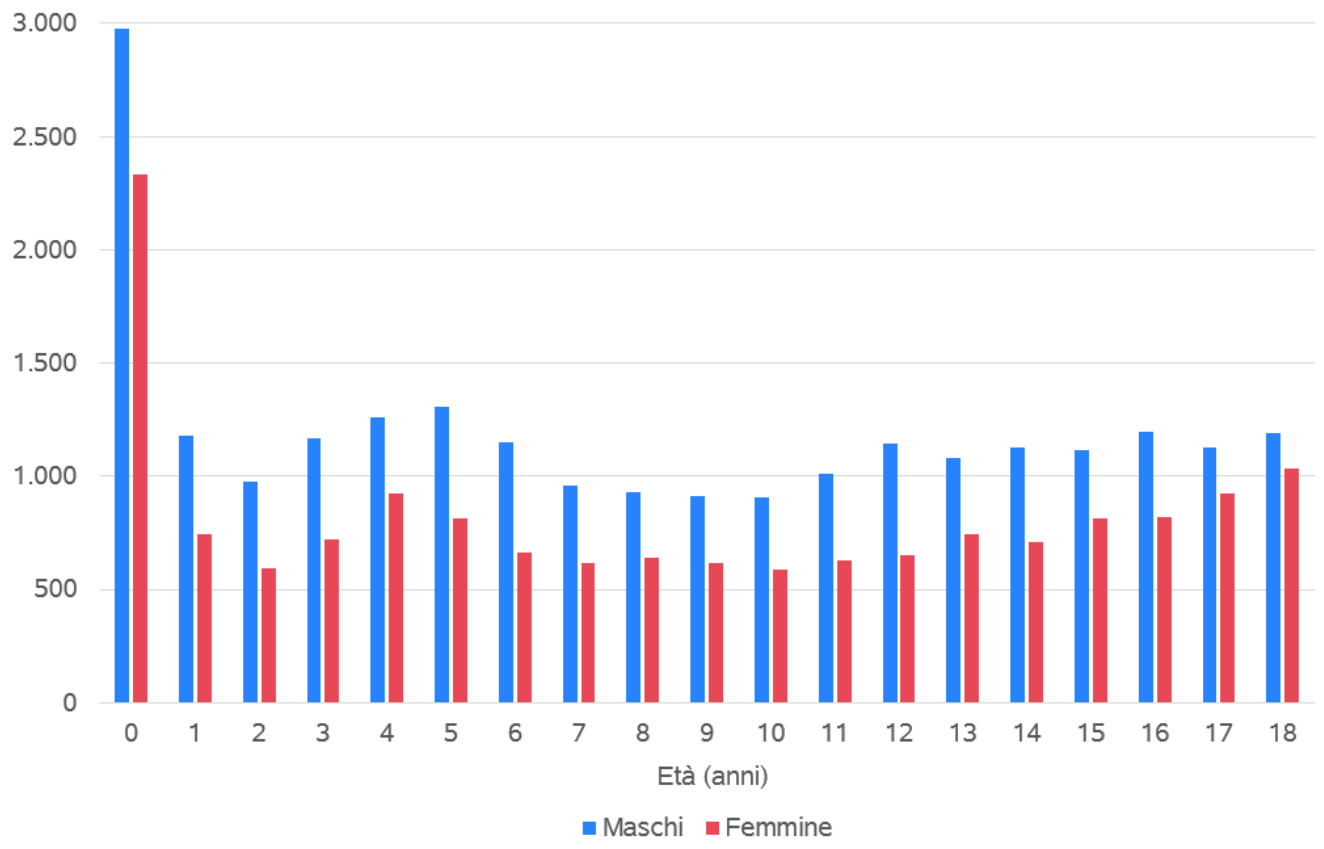
Al 1 Gennaio 2024, in Veneto sono 728.344 i soggetti minori (pari al 15,0 % della popolazione totale), di cui 374.742 maschi (51,5%) e 353.602 femmine (48,5%).
Dei 72 ospedali che costituiscono la rete ospedaliera del Veneto, 34 presentano unità operative dedicate ai minori, definibili "i luoghi dell'ospedale per i bambini", di queste, 29 sono reparti di Pediatria.
Escludendo i ricoveri di nascita, il tasso di ricovero per i pazienti residenti con età compresa tra 0 e 18 anni nel 2023 in Veneto è stato di 49,5 per 1.000 residenti. Si tratta di 34.790 bambini: 6,2% con patologie rare, 15,0% cronici, 5,8% vulnerabili e 72,9% con un solo episodio di ricovero.
La distribuzione dei ricoveri dei residenti per età (Figura 24.5.1) mostra in particolare un picco nel primo anno di vita ed un numero di ricoveri costantemente più elevato per i maschi rispetto alle femmine.
Confrontando i ricoveri ordinari di residenti (92,1%) e non residenti (7,9%) in Regione emergono differenze sostanziali tra le diagnosi di ricovero: i residenti in regione vengono ricoverati principalmente per malattie dell'apparato respiratorio (20,7%), condizioni morbose di origine perinatale (15,0%), e traumatismi (10,3%), mentre i provenienti da fuori regione per malformazioni congenite (13,8%), malattie del sistema nervoso (13,8%) e malattie dell'apparato respiratorio (13,8%). In linea di massima, le patologie che richiedono massima expertise assistenziale tendono a crescere di importanza nella distribuzione dei ricoveri dei residenti fuori Regione.
Analizzando i ricoveri ordinari per reparto di dimissione si osserva che le pediatrie assorbono il 45,4% dei ricoveri, seguite dalle neonatologie (9,3%) e dalle chirurgie pediatriche (9,3%). Il complesso dei reparti pediatrici dimette il 72,3% dei ricoverati.

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali
Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera
ISTAT: Demografia in cifre https://demo.istat.it/.
Sistema Statistico Regionale Veneto: Popolazione e famiglia - dati
https://statistica.regione.veneto.it/banche_dati_societa_popolazione.jsp

Indicatori
Tasso ricovero 0-18: rapporto fra il numero di ricoveri di soggetti d'età compresa tra i 0 e i 18 anni e la popolazione residente 0-18 anni, x1.000.

Figura 24.5.1 Numero di ricoveri dei minori residenti per età e sesso. Veneto, anno 2023



Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Coordinamento regionale Malattie Rare- Azienda Ospedale Università di Padova

Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

registronascita@regione.veneto.it

049 8215700

24.6 Famiglie in crisi e maltrattamento ai minori

Il fenomeno della violenza caratterizzante le relazioni in famiglia e tra le persone si è dimostrato essere in incremento, rappresentando, come affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, una "priorità di salute pubblica" che ha un notevole impatto sulla sopravvivenza e sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime e dei familiari, sul loro sviluppo e, indirettamente, sulla spesa sociale e sanitaria legata alla cura.
I cambiamenti sociali e socio-economici degli ultimi anni, in particolare l'evento pandemico da Covid-19 e tutte le conseguenze socio-economiche e relazionali che ne sono derivate, hanno peggiorato lo stato di salute delle famiglie, conducendo ad un incremento di condotte violente, trascuranti o maltrattanti, con un alto rischio per la salute presente ed evolutiva dei minori coinvolti.
La Regione ha attivato dai primi anni 2000 una rete di assistenza strutturata in un centro ospedaliero hub presso l'Azienda Ospedale Università Padova, dedicato alla diagnostica e prima presa in carico dei pazienti, e cinque centri all'interno delle AULSS, dedicati alla riabilitazione e presa in carico a lungo termine.
A fine 2024, sempre presso l'Azienda Ospedale Università Padova è stato istituito il Centro Aziendale per la Diagnosi, Cura e Prevenzione della Violenza quale Causa Esterna di Malattia, che si prefigge tra i vari obiettivi, di introdurre un cambio di paradigma nell'approccio al tema della violenza considerandola a tutti gli effetti una "malattia" che coinvolge tutti i generi, le fasce di età dal bambino all'anziano, le tipologie di relazioni, che è certamente cronica, spesso letale, causa di disabilità a medio e lungo termine, familiare ed "ereditaria", che richiede una diagnosi, una stadiazione ed un trattamento specifici, con il fine ultimo di prevenirla, non con un approccio basato sul singolo individuo, ma centrato sulla famiglia.
In Veneto si stima che ogni anno si verifichino circa 800 nuovi casi di maltrattamento nei bambini e che i bambini sotto i 15 anni affetti da una o più forme di maltrattamento siano oltre 3.500. I quadri più complessi, talvolta letali, e con maggiori ricadute sul piano della salute e dello sviluppo sono i maltrattamenti perpetrati nei primi anni di vita, che, in caso di diagnosi precoce, rappresentano più di 1 caso su 3 (fascia di età 0-3 anni).
Tra questi uno dei problemi in maggior espansione nell'ultimo decennio riguarda il Chemical Abuse, i.e. l'esposizione attiva o passiva del minore a sostanze illecite o farmaci non prescritti, evento legato al consumo di sostanze stupefacenti da parte di genitori o familiari. Negli ultimi anni si è arrivati a diagnosticare circa 1 nuovo caso ogni 7-10 giorni. Di questi, più del 75% avviene entro i 3 anni di vita, ed ha effetti sul neurosviluppo e sullo sviluppo cognitivo, che si manifestano già dai 2 anni di età. I quadri clinici di presentazione, o tossindromi, sono spesso subdoli, paucisintomatici o asintomatici, con sintomi maggiori solo in circa 1 caso su 3. Segue il neglect, o trascuratezza grave sia nelle cure materiali che emotive, che comporta ritardo della crescita e dello sviluppo, in particolare alterazioni sul piano dello sviluppo cerebrale (visibili già ai 18 mesi di vita) ed un ritardo di sviluppo in più dell'80% dei casi con esiti medio-gravi o gravissimi sullo sviluppo cognitivo evidenti già entro i 3 anni, che si manifestano poi con difficoltà scolastiche e comportamentali.
Infine i traumi cranici abusivi, in cui gli affetti che sopravvivono in più del 70% presentano esiti

con disabilità motorie, visive e cognitive e che sono oggetto di una campagna nazionale di prevenzione (www.nonscuoterlo.it).
L'attività della rete regionale dedicata alla diagnosi e presa in carico dei bambini maltrattati e delle loro famiglie – con, tra le diverse attività, il primo e unico reparto ospedaliero in Italia dedicato alla diagnosi del Bambino Maltrattato associato al primo Centro Ospedaliero dedicato alla Violenza in Famiglia quale Causa di Malattia nell'adulto e nel bambino- risponde ai bisogni di salute sopradescritti e ambisce a modificarne le storie naturali, anticipando la diagnosi e permettendo la massima espressione del loro potenziale di salute.

Figura 24.6.1 Distribuzione percentuale dei casi di maltrattamento (0-15 anni) per età. Veneto, anno 2024

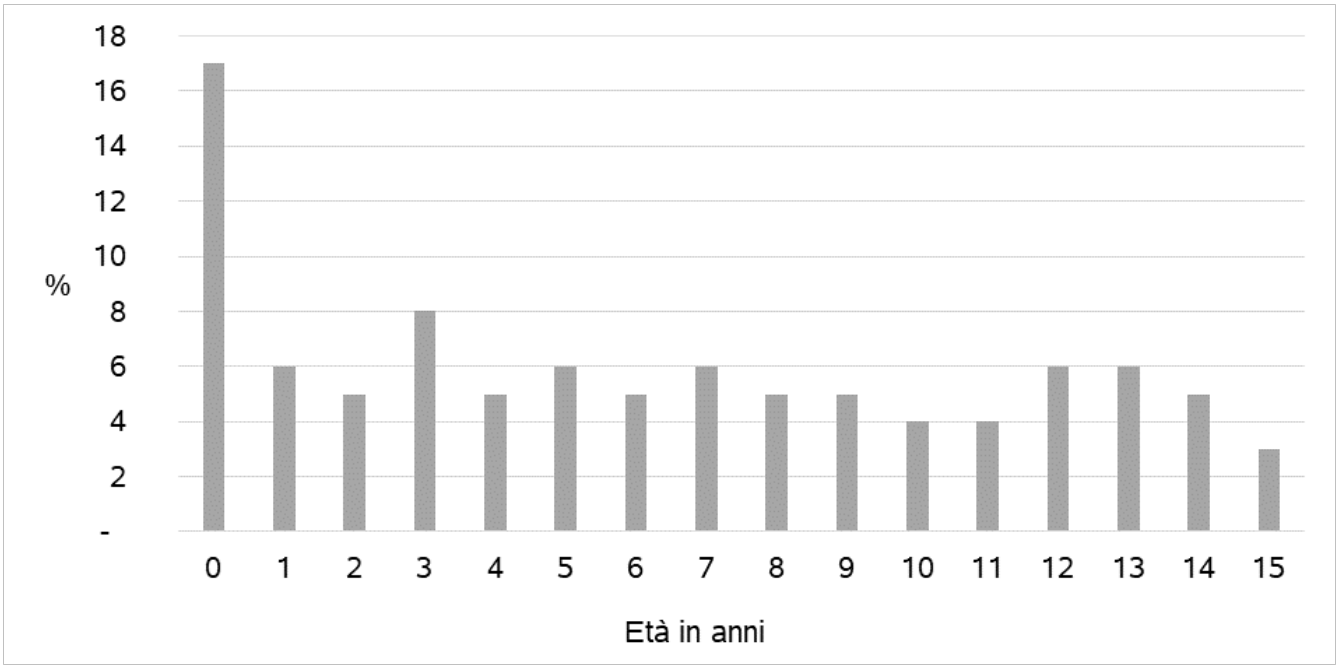
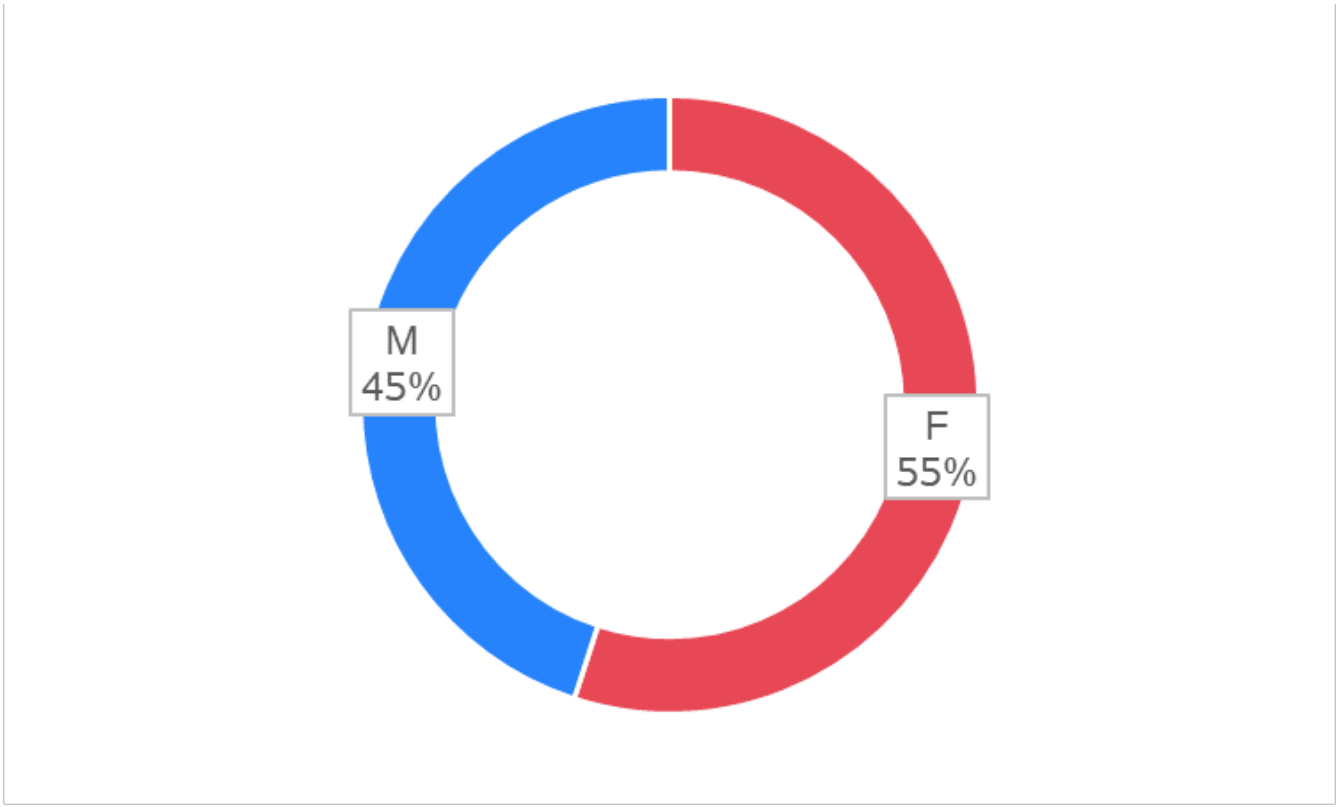


Figura 24.6.2 Distribuzione percentuale dei casi di maltrattamento (0-15 anni) per sesso. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato UOC Centro regionale malattie rare - Azienda Ospedale Università di Padova

Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

centrobambinomaltrattato@aopd.veneto.it

049 8211632

24.7 Fecondazione assistita

Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA) e la diagnostica prenatale invasiva rappresentano aspetti di rilievo del percorso nascita che risentono del progressivo innalzamento dell'età al parto.
Nel corso del 2023 1.280 donne hanno dato alla luce un nato in seguito a PMA, pari al 4,3% dei parti (Figura 24.7.1), dato leggermente più alto rispetto a quello del 3,9% nazionale. Nell'arco di tempo osservato la percentuale di parti da PMA, dopo un lieve decremento dal 2003 al 2005, seguito da un plateau durato fino al 2008, ha ripreso gradualmente a crescere assestandosi negli ultimi anni attorno al 3%, per poi registrare un importante aumento negli ultimi due anni.
In Veneto, nel 2023, il 2,2% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato trattamento farmacologico e il 3,9% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina (IUI). La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero (FIVET) riguarda il 54,3% dei casi, mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI) riguarda il 34,5% dei casi. Il dato regionale si conferma in linea con i dati nazionali (Figura 24.7.2).
Le gravidanze a seguito di PMA sono più frequentemente gemellari (6,0% da PMA vs 1,3% da concepimento naturale) e presentano un maggior rischio di parto prematuro (14,5% vs 6,5%), anche considerando le gravidanze singole (7,7% vs 5,1%).

Nota Metodologica

Fonti di dati Regionali
Flusso informativo CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) - Registro Nascita, Regione Veneto, Decreto Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349.

Figura 24.7.1 Numero di parti e percentuale di parti in seguito a PMA. Veneto, anni 2003-2023

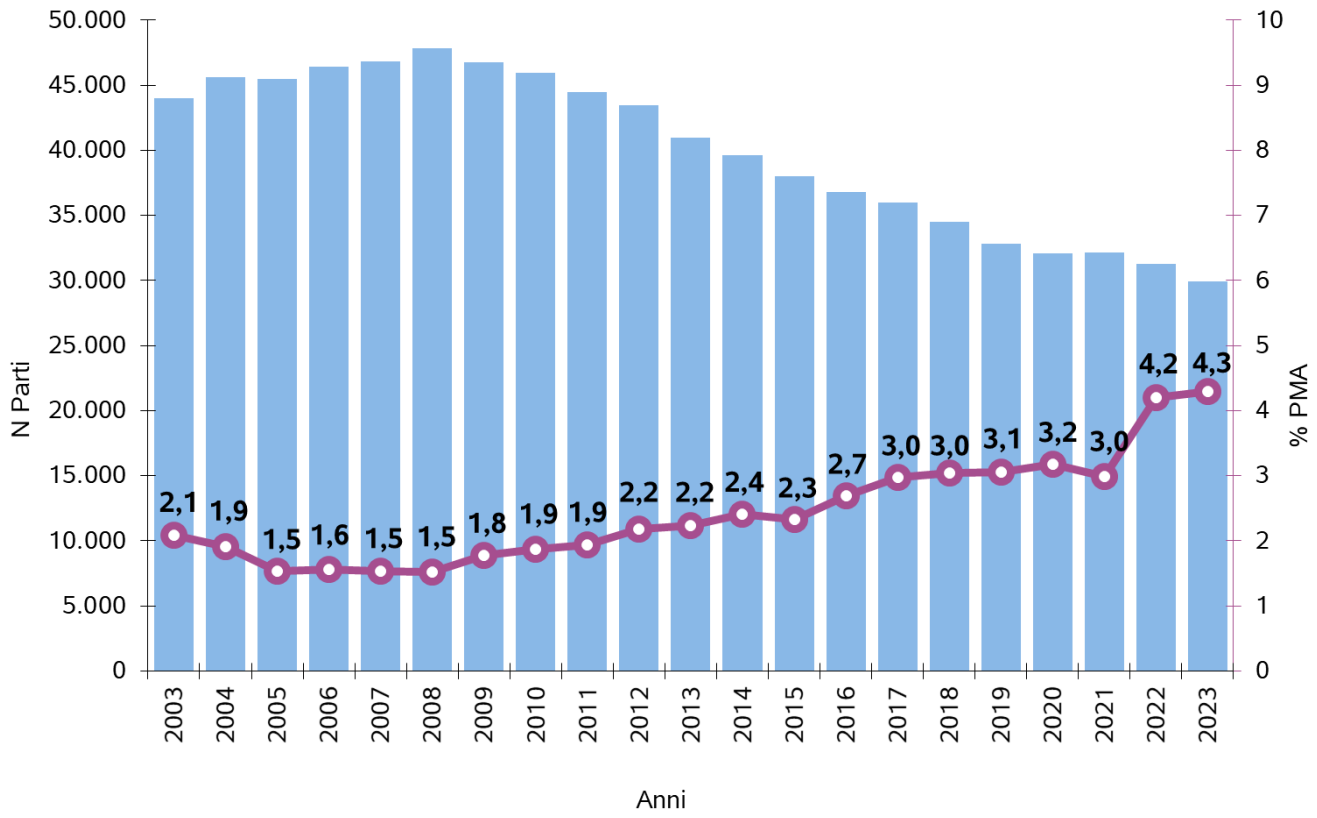
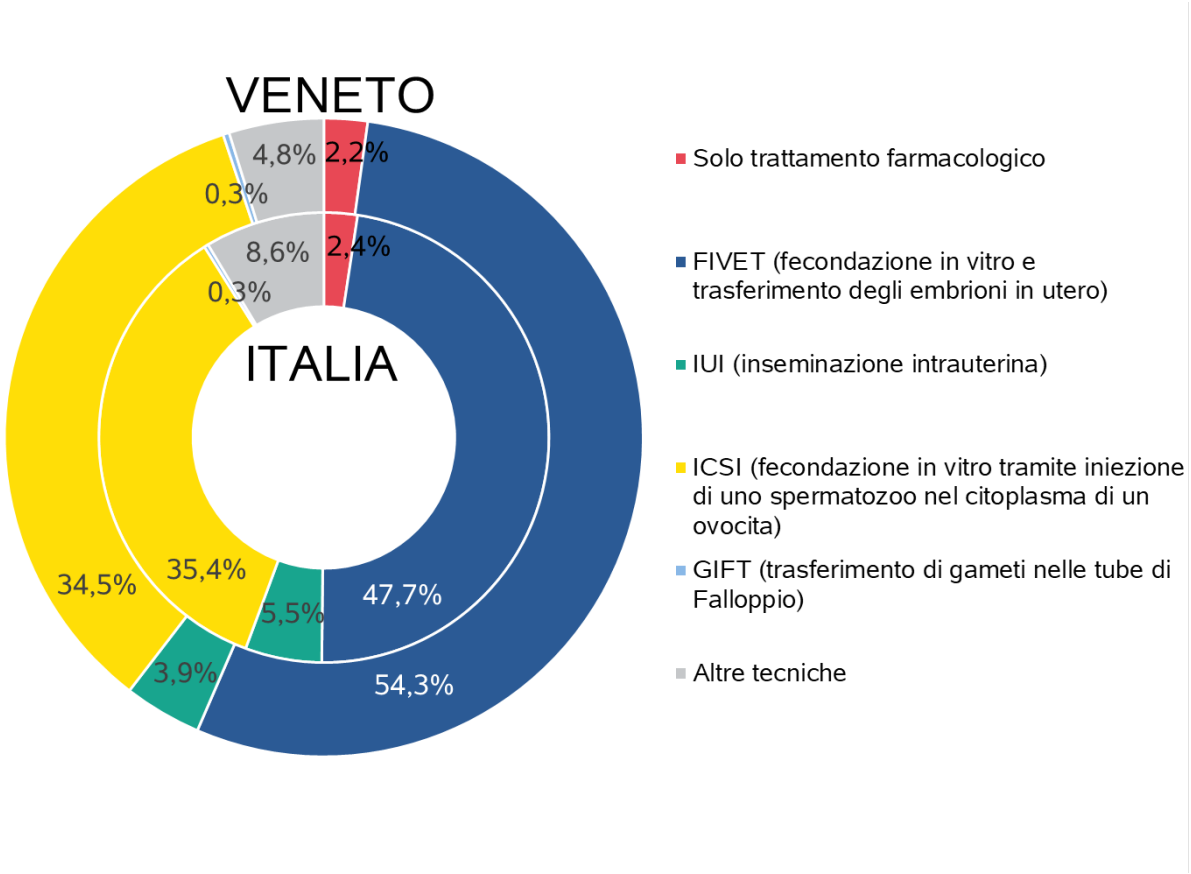


Figura 24.7.2 Distribuzione percentuale dei parti con PMA per tecnica utilizzata. Confronto Italia e Veneto, anno 2023



Approfondimenti

Registro Nascita, Regione Veneto. Analisi dell'evento nascita a partire dai dati sui certificati di assistenza al parto. Dati Cedap anno 2023

https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni

Ministero della Salute - Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Anno 2023

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3524_allegato.pdf

Per maggiori informazioni

Registro Nascita - Coordinamento regionale Malattie Rare- Azienda Ospedale Università di Padova

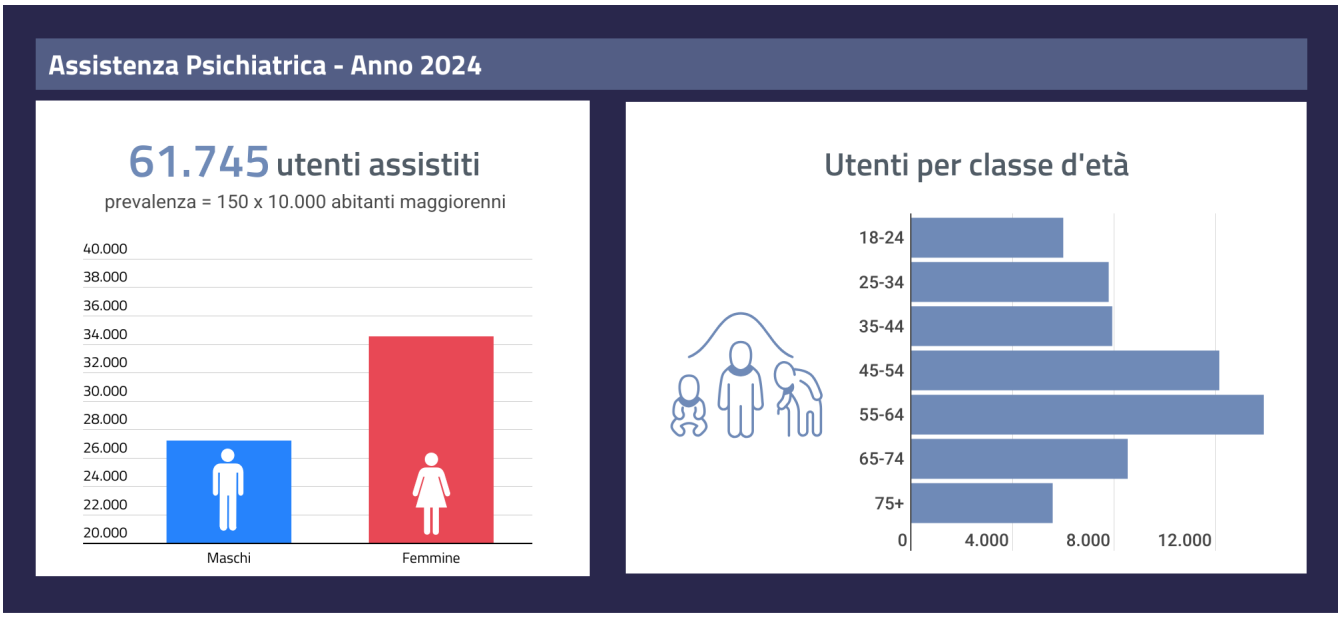
Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

registronascita@regione.veneto.it

049 8215700

Aree di intervento

25. Assistenza psichiatrica



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Il modello organizzativo per la salute mentale è rappresentato dal Dipartimento di Salute Mentale, dipartimento strutturale istituito all'interno delle 9 Ulss del Veneto con funzione di "core" per la prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita e funzionamento dell'individuo e della rete sociale a questo prossima. Concorrono a queste azioni anche l'AOU Padova e l'AOUI di Verona.
Nel 2024 sono stati trattati circa 62.000 pazienti, con una prevalenza di 150 persone/10.000 maggiorenni. Prevale il sesso femminile, mentre le fasce di età più numerose sono 55-64 anni e 45-54 anni.
I Trattamenti Sanitari Obbligatori rappresentano circa il 2% dei ricoveri nei reparti SPDC, con un tasso del 0,5/10.000 abitanti.
Con DGR n. 875 del 30/07/2024 è stato approvato il piano di massima dei Centri Diurni. Il Centro Diurno si conferma come struttura territoriale di ponte tra l'attività clinica e terapeutica e la rete sociale e territoriale, sottolineando la possibilità di contemperare bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali diversi secondo tre assi principali d'intervento: giovani, lavoro, casa.
In merito al ricovero di minori in ospedale per condizioni psicopatologiche acute, in ottemperanza alla programmazione ospedaliera approvata con DGR n. 614/2019, che prevede 34 posti letto, sono ad oggi attivi 22 posti letti in grado di dare adeguate risposte alle urgenze psichiatriche ed evitare ricoveri in reparti inappropriati.
La rete dei servizi per pazienti psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza è così strutturata: per i pazienti in misura di sicurezza detentiva: la struttura R.E.M.S.; per i pazienti in misura di sicurezza non detentiva: due strutture residenziali altamente specializzate, la Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta di tipo A "Casa Don Girelli" e la Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta di tipo A "Casa Tezon". I pazienti in misura di sicurezza non detentiva possono essere inseriti, altresì, con adeguati progetti terapeutico riabilitativi personalizzati anche nelle altre strutture residenziali.
E' stata inoltre attivata una innovativa struttura sanitaria residenziale per l'applicazione della libertà vigilata "residenziale", ovvero per gli arresti domiciliari in luogo di cura, finalizzata a garantire, laddove necessario, un adeguato approfondimento giuridico-forense per supportare le decisioni della Magistratura competente. Tale struttura è denominata Centro per Profilazione e Analisi Criminologica (CePAC).
E' stata posta particolare attenzione sull'attività psichiatrica delle strutture ospedaliere private accreditate al fine di rendere maggiormente appropriato il regime erogativo delle relative prestazioni. Si è addivenuti ad un'importante riorganizzazione dell'offerta di tali strutture attraverso il riconoscimento dell'attività riabilitativa psichiatrica. Attualmente i posti letto per la riabilitazione psichiatrica sono 289, di cui 69 per pazienti adolescenti e 69 per pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA).
Nel 2024 è proseguito il progetto avviato nel 2022 nel rispetto del Piano di attività biennale per il contrasto ai disturbi dell'alimentazione e della nutrizione con il coinvolgimento di tutti i servizi dedicati. Nel biennio 2023-24 il Fondo dedicato ha permesso di potenziare la rete di servizi attraverso risorse di personale per il trattamento dei DNA. Nel biennio considerato gli utenti in

carico sono aumentati rispetto al 2022, così come anche le prestazioni erogate. Sono state aperte all'utenza nuove sedi ambulatoriali multidisciplinari. E' stato inoltre costituito un gruppo di lavoro per la definizione degli standard organizzativi e la rilevazione del fabbisogno e delle risorse inerenti i DNA.
Sono state approvate le Linee di indirizzo regionali per l'implementazione del Budget di salute nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale. L'obiettivo del Budget di salute è favorire la maggiore integrazione possibile delle persone nel territorio. Tale strumento mira a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali, creando un legame tra il sistema di cura ed il sistema di comunità, finalizzato ad un utilizzo appropriato e integrato delle risorse di entrambi.
In merito alla Formazione nel 2024 sono state realizzate 2 giornate con gli stakeholder nell'ottica di monitoraggio e approfondimento degli interventi finalizzati ad una riduzione della contenzione. E' stata organizzata una giornata formativa sul contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

Nota Metodologica

I dati presentati sono ricavati dal Datawarehouse Sanità Regionale aggiornati al 28 APRILE 2025

Tabella 25.1 Utenti con almeno un contatto (sia territoriale che ospedaliero) per Azienda ULSS di contatto e di residenza

Azienda ULSS	Non residenti	Residenti	Totale
501. Dolomiti	68	3.502	3.568
502. Marca Trevigiana	97	9.142	9.239
503. Serenissima	89	6.070	6.157
504. Veneto Orientale	65	2.427	2.492
505. Polesana	50	3.692	3.738
506. Euganea	206	14.079	14.280
507. Pedemontana	53	5.756	5.807
508. Berica	145	7.546	7.690
509. Scaligera	179	8.669	8.835
901. AOU Padova	62	509	571
Totale	**993**	**60.787**	**61.745**

Tabella 25.2 Utenti con almeno un contatto (sia territoriale che ospedaliero) per classi di età e sesso

Classe d'età	Femmine	Maschi	Totale
18-24 anni	3.460	2.525	5.985
25-34 anni	3.853	3.923	7.776
35-44 anni	4.134	3.781	7.915
45-54 anni	6.391	5.746	12.137
55-64 anni	7.825	6.065	13.890
65-74 anni	5.250	3.276	8.526
75 anni e oltre	3.647	1.920	5.567
Totale	**34.532**	**27.213**	**61.745**

Tabella 25.3 Utenti con almeno un contatto (sia territoriale che ospedaliero) per Azienda ULSS di contatto e classi di età

Azienda ULSS	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	75 anni e oltre	Totale
501. Dolomiti	267	371	435	665	864	568	402	3.568
502. Marca Trevigiana	898	1.149	1.247	1.841	2.097	1.248	766	9.239
503. Serenissima	578	716	756	1.307	1.403	865	542	6.157
504. Veneto Orientale	271	320	310	490	561	329	211	2.492
505. Polesana	318	389	473	720	878	615	345	3.738
506. Euganea	1.198	1.835	1.803	2.907	3.195	2.041	1.316	14.280
507. Pedemontana	590	772	751	1.119	1.265	777	535	5.807
508. Berica	891	1.079	969	1.397	1.725	991	643	7.690
509. Scaligera	853	1.158	1.210	1.720	1.955	1.130	819	8.835
901. AOU Padova	252	149	49	64	41	11	5	571
Totale	**5.985**	**7.776**	**7.915**	**12.137**	**13.890**	**8.526**	**5.567**	**61.745**

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria

Palazzo Molin - San Polo, 2514 - 30125 Venezia

salute.mentale@regione.veneto.it

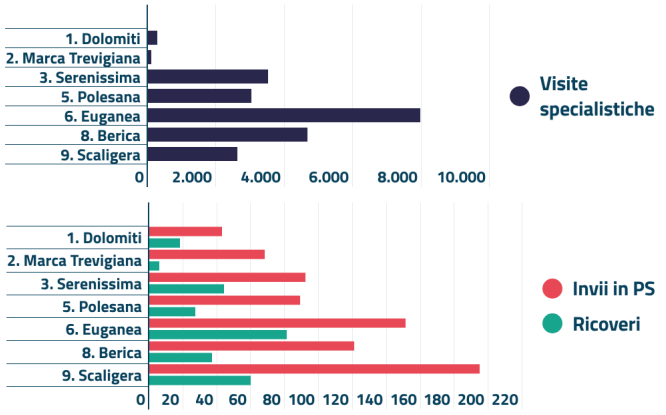
0412793490

Aree di intervento

26. Salute in carcere

Salute in carcere - *Veneto, dati anno 2024*

2.747 detenuti al 31.12.2024



1.151 detenuti con patologia cronica

727 detenuti con patologia psichiatrica

528 detenuti consumatori di sostanze

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

La Regione del Veneto a seguito del DPCM del 1° aprile 2008 ha compiuto importanti azioni per integrare le attività della salute in carcere con la rete assistenziale territoriale e ospedaliera, soprattutto in termini di efficienza e sicurezza clinica. Sono stati portati avanti i monitoraggi regionali previsti, ampliando i dati raccolti per includere anche aspetti legati al personale, alla telemedicina, alle prestazioni specialistiche, alle patologie internistiche e psichiatriche e alle incompatibilità.
La DGR 1669/21 ha definito i modelli organizzativi delle Unità operative per la tutela della salute delle persone con limitazione della libertà presso le Aziende ULSS sedi degli Istituti penitenziari e ha definito gli standard di personale. Il modello organizzativo delle predette Unità operative si basa su un sistema hub e spoke e su équipe multidisciplinari integrate con la medicina distrettuale e la rete ospedaliera.
L'attuale configurazione della rete veneta per la salute in carcere è articolata dai servizi medici specialistici multi-professionali integrati (hub) e dai servizi medici di base (spoke); dalle sezioni ad attività assistenziale specialistica: sezione di Osservazione Psichiatrica (ROP), sezione Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM), sezione a custodia attenuata per detenuti alcol tossicodipendenti (ICAT), Sezione di Assistenza Intensiva (SAI) in medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale per patologie ortopediche; dai reparti ospedalieri protetti.
Nel 2024 è continuata l'attività di interlocuzione con le UU.OO. Tutela della salute delle persone con limitazione della libertà delle Aziende ULSS per le attività di monitoraggio dell'erogazione dei LEA, dei PTDA e per il miglioramento dei percorsi clinico assistenziali.
Presso gli Istituti penitenziari della Regione Veneto la presenza delle persone detenute al 31/12/2024 è di 2.747 soggetti di cui 25 minorenni, con un elevato indice di sovraffollamento. Le persone detenute presentano una significativa prevalenza di patologie croniche, psichiatriche e di dipendenza patologica.
In molte realtà penitenziarie si è lavorato per rendere più efficiente la rete internet, i sistemi informatici e per potenziare l'utilizzo delle cartelle informatizzate. In diversi Istituti Penitenziari è stato implementato l'utilizzo della telemedicina. Anche questo ambito è interessato dalla diffusa carenza di personale: le Aziende ULSS nel corso del 2024 hanno continuato il percorso di ricerca, assunzione e stabilizzazione dei dipendenti.
La Commissione Tecnica Regionale Farmaci (ex DGR 1462/2023) nella seduta del 14 febbraio 2024 ha redatto le Raccomandazioni per le prescrizioni farmacologiche e indicazioni per la definizione dei prontuari terapeutici aziendali rivolti agli istituti penitenziari del Veneto. Tali procedure sono atte anche a ridurre il misuso e la diversione di farmaci, armonizzando le prescrizioni tra i vari Istituti Penitenziari anche al fine di facilitare gli eventuali trasferimenti di soggetti detenuti tra gli Istituti Penitenziari della Regione.
Per quanto riguarda i minori autori di reato l'obiettivo principale rimane quello di sviluppare percorsi specifici per la presa in carico dei servizi in termini di appropriatezza, soprattutto per quanto riguarda il sistema residenziale extra-ospedaliero. Con DGR n. 1158 del 15 ottobre 2024 sono state definite le procedure per la valutazione e la presa in carico dei minori/giovani adulti autori di reato ed è stato aggiornato il Protocollo di Intesa con il Centro Giustizia Minorile ai sensi

dell'Intesa Repertorio Atti n. 45/CU del 19 aprile 2024 "Aggiornamento ed integrazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di cui all'Accordo Rep. n. 82/CU del 26 novembre 2009".
Nel 2024 è iniziata una collaborazione tra Regione, Centro Giustizia Minorile e Azienda ULSS 5 in previsione dell'apertura del nuovo Istituto Penale Minorile nella città di Rovigo.

Tabella 26.1 Volumi di prestazioni erogate per ULSS

Azienda ULSS	Visite specialistiche	Interne	Esterne	Visite specialistiche in telemedicina/teleconsulto	Invii in PS	Ricoveri
1. Dolomiti	281	96	185	26	43	18
2. Marca Trevigiana	98		98	13	68	6
3. Serenissima	3518	3108	410		92	44
CR Femminile	*1250*	*1100*	*150*		*44*	*16*
CC Maschile	*2268*	*2008*	*260*		*48*	*28*
5. Polesana	3037	2332	705	9	89	27
6. Euganea	7972	4959	3013	14	151	81
CR	*3897*	*2729*	*1168*	*14*	*123*	*69*
CC	*4075*	*2230*	*1845*		*38*	*12*
8. Berica	4671	4054	617	29	121	37
9. Scaligera	2609	2267	342		195	60
Totale	22186	16816	5370	91	769	273

Tabella 26.2 Numero di pazienti con patologia cronica o psichiatrica

Azienda Ulss	Con Patologia Cronica	Pazienti con patologia psichiatrica	Pazienti per cui è stata chiesta incompatibilità per motivi psichici
1. Dolomiti	10	23	1
2. Marca Trevigiana	22	89	0
3. Serenissima	100	101	2
CR Femminile	*50*	*31*	*1*
CC Maschile	*50*	*70*	*1*
5. Polesana	119	12	0
6. Euganea	676	170	0
CR	*632*	*121*	*0*
CC	*44*	*49*	*0*
8. Berica	192	62	3
9. Scaligera	32	270	3
Totale	1151	727	9

Tabella 26.3 Pazienti con dipendenza o consumatori di sostanze

Azienda Ulss	Tossicodipendenti	Consumatori di sostanze	Alcol dipendenti	DIpendenza comportamentale	Pazienti in trattamento farmacologico agonista	Pazienti con co-morbidità psichiatica
1. Dolomiti	80	83	31	0	8	22
2. Marca Tr.	114	24	5	0	12	63
3. Serenissima	175	0	40	0	55	32
CR Femm.	*20*	*0*	*5*	*0*	*5*	*10*
CC Masch.	*155*	*0*	*35*	*0*	*50*	*22*
5. Polesana	69	74	30	1	16	14
6. Euganea	217	154	69	24	112	54
CR	*95*	*77*	*51*	*21*	*32*	*22*
CC	*122*	*77*	*18*	*3*	*80*	*32*
8. Berica	64	56	29	0	59	18
9. Scaligera	248	137	46	1	121	65
Totale	967	528	250	26	383	268

Per maggiori informazioni

Unità Organizzativa Salute Mentale e Sanità Penitenziaria

Palazzo Molin - San Polo 2514 - 30125 Venezia

sanitapenitenziaria@regione.veneto.it

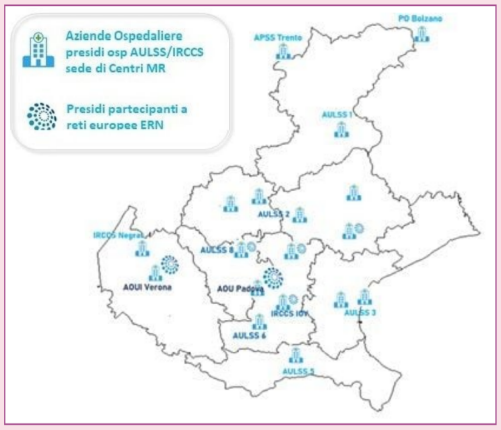
041 2793419

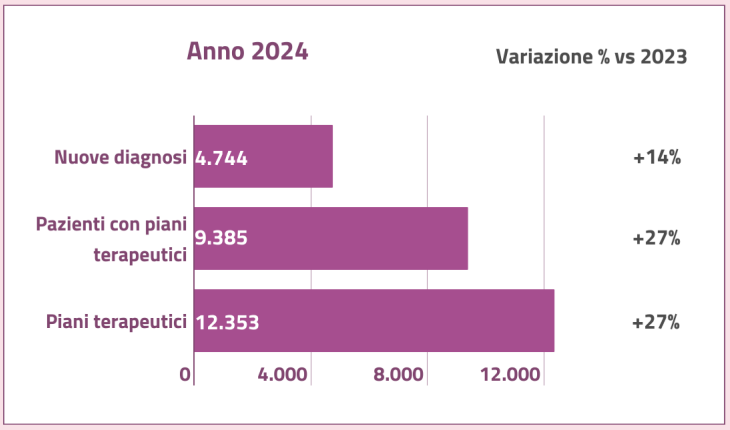
Aree di intervento

27. La rete delle malattie rare

LA RETE DELLE MALATTIE RARE

16 presidi regionali, di cui 6 presidi full-member di reti ERN (European Reference Networks for rare diseases)





Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

La Regione del Veneto ha recepito e declinato i contenuti dell'Accordo (Rep. atti n. 121/CSR) relativo al Piano nazionale malattie rare 2 (2023-2026) e al Documento di riordino della rete malattie rare che definiscono compiti e funzioni dei seguenti elementi fondanti della rete: Centri di riferimento, Centri che tra questi partecipano alle reti europee di riferimento ERN e Coordinamento regionale.
Con DGR 1460/2023 è stato confermato l'assetto interregionale della rete di assistenza, identificata dal 2004 in maniera congiunta con la PA di Trento e la PA di Bolzano e composta da 16 presidi, identificati sulla base di dati di attività, ciascuno sede di Centri composti da più Unità operative intraziendali e/o interaziendali. I Centri afferiscono alle due Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona, a 4 IRCCS e ad altri presidi ospedalieri di 7 AULSS. Sei strutture regionali (Azienda Ospedale Università di Padova, Azienda ospedaliera Universitaria di Verona, AULSS 2-PO Treviso, AULSS8 Berica-PO Vicenza, AULSS 6 Euganea-PO Camposampiero, IRCCS IOV) sono prestatori di assistenza sanitaria partecipanti come full-members ad un numero di reti ERN compreso tra 1 e 22. Al Coordinamento è affidata la partecipazione per la regione Veneto in rappresentanza delle altre regioni e PPAA all'azione europea JARDIN relativa all'integrazione delle reti europee nei sistemi sanitari nazionali. Come supportare ulteriormente le attività di tali Centri e mettere a fattor comune a livello regionale i vantaggi derivanti dalla partecipazione alle reti ERN sono i temi oggetto di una Joint Action europea (JARDIN) di durata triennale che coinvolge tutti gli Stati membri e che ha preso avvio nel 2024.
Accanto all'importante orizzonte europeo e all'ambito ospedaliero di expertise, la rete è fortemente strutturata a livello territoriale. Il collegamento tra i vari nodi della rete è garantito dal sistema informativo malattie rare che permette la condivisione dell'informazione clinica, dalla diagnosi alla definizione ed attuazione del piano di presa in carico da parte dei professionisti che intervengono nel percorso assistenziale. L'analisi dei dati di attività 2019-2024 (Figura 27.1 e Figura 27.2) evidenzia il costante aumento dell'attività di presa in carico dei pazienti con malattie rare. Questa attività è svolta a favore sia di residenti che di assistiti provenienti da altre regioni. A livello nazionale la regione Veneto ha continuato a svolgere nel corso del 2024 le attività di coordinamento di tutte le regioni e PA rappresentate nel Tavolo tecnico interregionale malattie rare presso la CSR ed ha partecipato in rappresentanza del Tavolo interregionale al Comitato nazionale malattie rare. A livello europeo è proseguita la partecipazione all'European Network of Rare Diseases Helplines, con un incremento di attività del Centro informazioni facente capo al Coordinamento, che ha risposto nel 2024 a più di 2.900 richieste di pazienti, loro familiari, associazioni e professionisti sanitari.

Nota Metodologica

Fonti di dati

Registro malattie rare, Regione del Veneto

Coordinamento malattie rare, Regione del Veneto

Figura 27.1 Andamento delle nuove diagnosi, dei pazienti con piani e dei piani terapeutici redatti per pazienti con diagnosi di malattia rara ex allegato 7 dPCM 12.01.2017, anni 2019-2024

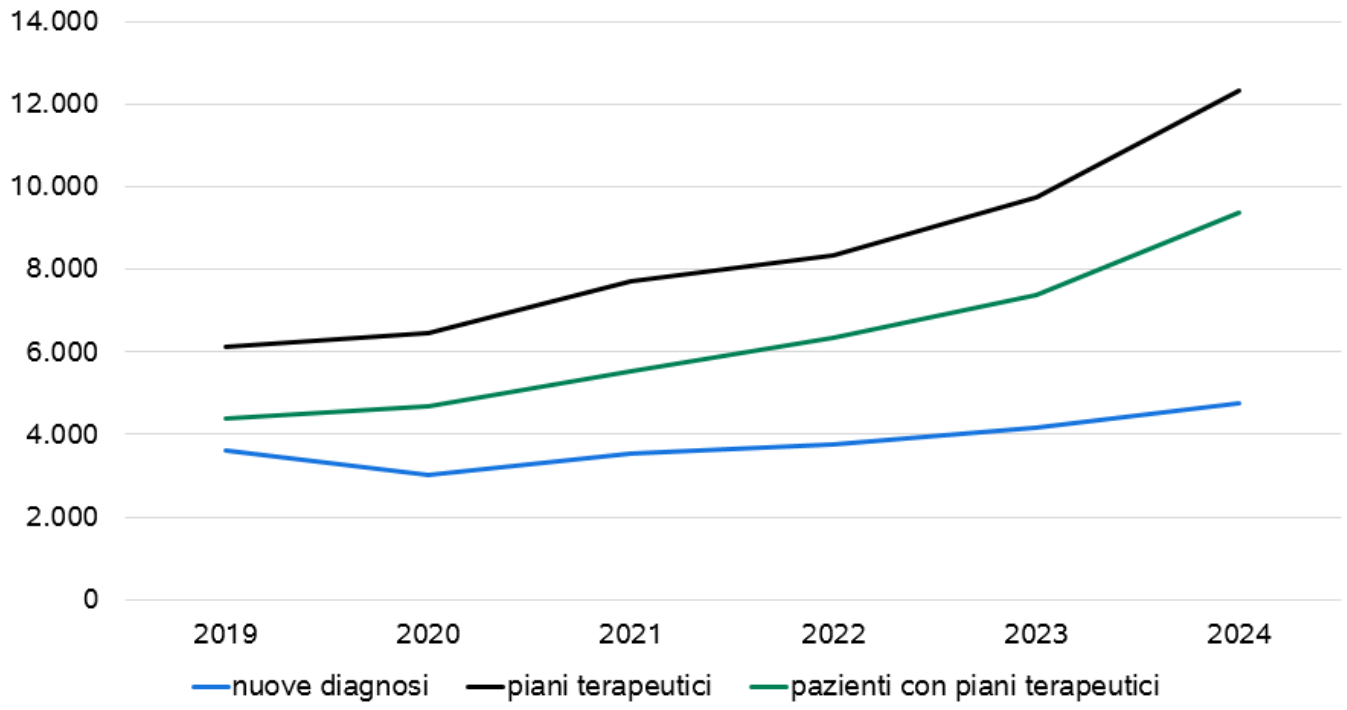
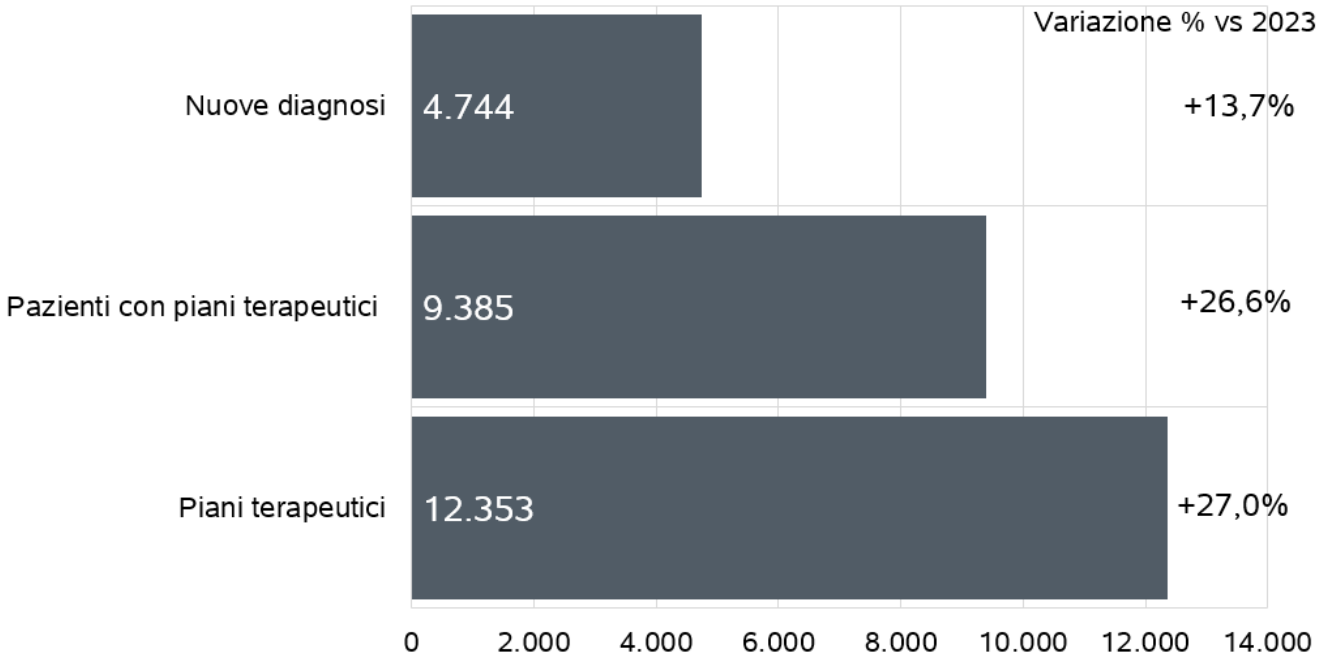


Figura 27.2 Andamento delle nuove diagnosi, dei pazienti con piani e dei piani terapeutici redatti per pazienti con diagnosi di malattia rara ex allegato 7 dPCM 12.01.2017, anno 2024 e variazione anno 2024 rispetto al 2023



Approfondimenti

- Accordo Rep. atti n. 121/CSR, ai sensi dell'articolo 9, commi 1 e 3, della legge 10 novembre 2021, n. 175, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul "Piano nazionale malattie rare 2023 – 2026" e sul documento per il "Riordino della rete nazionale delle malattie rare" https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2023&codLeg=95257&1%20&serie=null]
- Azione europea JARDIN sull'integrazione delle reti europee di riferimento ERN nei sistemi sanitari nazionali

  https://jardin-ern.eu/

- Rapporto tecnico attività Coordinamento malattie rare, anno 2023
- Rapporto tecnico attività Registro malattie rare, anno 2023
- Commissione Europea - Direzione generale della Salute e della sicurezza alimentare, Reti di riferimento europee

  https://health.ec.europa.eu/european-reference-networks/overview_it

Per maggiori informazioni

Coordinamento malattie rare - Registro malattie rare - Regione del Veneto

c/o Azienda Ospedale - Università di Padova, Via Giustiniani 2 - 35128 Padova

malattierare@regione.veneto.it

049 8215700 Numero verde malattie rare 800 318811

Aree di intervento

28. La rete dei trapianti

CONTENUTI

- 28.1 L'attività di monitoraggio del Centro Regionale per i Trapianti e il Registro cerebrolesi
- 28.2 Accertamenti di morte, attività trapiantologica e donazione di tessuti

Rete dei trapianti - dati 2024

3.777 donazioni di tessuti

976 *da vivente*

2.801 *da cadavere*

- Tessuti oculari
- Tessuti tendinei
- Tessuti vascolari
- Tessuti cardiaci
- Cute
- Tessuto pancreatico
- Testa di femore
- Vena safena
- Membrana amniotica
- Opercolo cranico
- Tessuto adiposo
- Valvole cardiache

711 trapianti d'organo

85 *da vivente*

626 *da cadavere*

406 RENE
82 da vivente
324 da cadavere

193 FEGATO
3 da vivente
190 da cadavere

342 accertamenti di morte

44,1 *Donatori ogni 100 accertamenti*

70,5 *accertamenti (pmp)*

8 PANCREAS

41 POLMONE

71 CUORE

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Approfondimenti

CRT: "Sintesi di Attività Gennaio - Dicembre 2024"

https://www.crtveneto.it/it/crt/dati-di-attivita-768/,23

NITp: "Report di attività 2024-Prelievo e trapianti di organi"

https://www.policlinico.mi.it/nitp-report

Donazioni, trapianti, liste di attesa in Italia

https://trapianti.sanita.it/statistiche/attivita/2024_F_ATTIVITA_ORGANI_DX-TX.pdf

Per maggiori informazioni

Coordinamento Regionale Trapianti

c/o Azienda Ospedaliera di Padova, Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

veneto.coordinamento@aopd.veneto.it

049/8218124 - 8125

28.1 L'attività di monitoraggio del Centro Regionale per i Trapianti e il Registro cerebrolesi

Il Sistema Regionale Trapianti garantisce la tracciabilità dell'intero processo (dalla donazione al trapianto) attraverso la piattaforma Donor Manager (DM), con cui è possibile ottemperare ai debiti informativi regionali e allo scambio di informazioni fra il Coordinamento Regionale per i Trapianti, il Centro Nazionale Trapianti (CNT) e il Centro Interregionale di Riferimento - Nord Italia Transplant program (CIR - NITp).
Nel 2024 nelle strutture ospedaliere e nei territori afferenti ai coordinamenti ospedalieri trapianti delle Aziende Ospedaliere, Sanitarie e dell'Istituto Oncologico Veneto sono state inserite in DM 11.809 schede di persone decedute (erano 11.944 nel 2023 e 12.333 nel 2022), di cui 2.907 sono riferite a donatori di organi (cuore, polmone, fegato, reni, pancreas) e/o tessuti (tessuti oculari, osteo-tendinei, vascolari, cardiaci, cute, tessuto pancreatico,). Sono state inserite inoltre 976 schede di donazioni da donatore vivente (erano 722 nel 2023 e 607 nel 2022) riguardanti testa di femore, vena safena, membrana amniotica, opercolo cranico, tessuto adiposo e valvole cardiache (queste ultime due inserite rispettivamente dal 2020 e dal 2023).
Il processo di procurement da donatore a cuore battente (HB) ha come punto di partenza l'attento monitoraggio dei pazienti deceduti con cerebrolesione acuta (DCLA) e ricoverati in Terapia Intensiva. Il numero dei decessi in Terapia Intensiva con lesione cerebrale acuta risulta quindi un indicatore sensibile per valutare le potenzialità di donazione di organi della Regione.
Il registro cerebrolesi del Donor Manager permette di monitorare i ricoveri, i decessi totali e i decessi dei pazienti con cerebrolesione acuta nelle Terapie Intensive. Durante il 2024, nelle 45 Terapie Intensive del Veneto sono stati monitorati 780 decessi con cerebrolesione (erano 792 nel 2023 e 607 nel 2022).

Per maggiori informazioni

Coordinamento Regionale Trapianti

c/o Azienda Ospedale di Padova Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

e-mail: veneto.coordinamento@aopd.veneto.it

Telefono: 049/8218124 - 8125

28.2 Accertamenti di morte, attività trapiantologica e donazione di tessuti

Nel 2024 sono stati eseguiti 342 accertamenti di morte con criterio neurologico e cardiologico (Figura 28.2.1); in 214 casi si è potuto procedere al prelievo di almeno un organo a scopo di trapianto. L'opposizione alla donazione è stata del 17,8%: questo dato è risultato, anche nel 2024, al di sotto della media nazionale, pari al 28,7%. Sono stati effettuati 61 accertamenti con criterio cardiologico (17,8% del totale) consentendo di raggiungere alla donazione degli organi da donatore DCD "a cuore fermo"; in 49 casi (23% dei donatori utilizzati) si è potuto procedere al prelievo di almeno un organo per trapianto.
L'età mediana dei potenziali donatori valutati dopo accertamento della morte è rimasta stabile a 69 anni. Il 13,5% di essi è risultato non idoneo alla donazione per motivi clinici. Il numero di donatori utilizzati PMP (per milione di popolazione), cioè donatori per i quali è stato possibile procedere al prelievo di almeno un organo per trapianto, è stato pari a 44,1 (era 46,6 PMP nel 2023; Figura 28.2.2): detto parametro si conferma al di sopra del dato nazionale pari a 29,3. Per misurare oggettivamente il grado di efficienza, efficacia e qualità dei processi gestiti dal SRT sono stati elaborati degli indicatori specifici che dimostrano il continuo impegno di tutti gli operatori della rete regionale (Tabella 28.2.1).
L'attività di trapianto di organi solidi nel 2024, ha raggiunto il numero di 711 casi in totale, di cui 85 da donatore vivente (82 di rene e 3 di fegato), 147 da donatore DCD "a cuore fermo" (41 trapianti di fegato, 82 trapianti di rene, 11 trapianti di polmoni e 13 trapianti di cuore) e i restanti da donatore deceduto con criterio neurologico (DBD). I 711 trapianti comprendono anche 8 trapianti combinati di rene e pancreas, conteggiati singolarmente (Figura 28.2.3). I centri trapianto del Veneto hanno effettuato nel 2024 il 15% dei trapianti totali in Italia (17% nel 2023); nel dettaglio in Veneto si sono eseguiti il 17% dei trapianti di rene, l'11% di fegato, il 17% di cuore, il 24% di polmone e il 23% di pancreas. Nella nostra Regione è presente, inoltre, una significativa attività di trapianto in età pediatrica con 12 trapianti di rene da donatore cadavere e 2 da donatore vivente, 1 di cuore, 4 di fegato da donatore cadavere e 1 da donatore vivente, 1 di polmone tutti effettuati presso i centri trapianto dell'Azienda Ospedale di Padova. Nell'ambito dell'attività di banking e distribuzione di tessuti, il CRT assume compiti di "governance" e coordinamento, come previsto dalla legge 91/1999. L'attività di donazione di tessuti in Regione ha registrato, anche nel 2024, un andamento positivo. Nel complesso, il Veneto contribuisce al 26,8% dell'intera attività di donazione nazionale di tessuti in Italia, con 3.777 donazioni (Fonte: News Letter Tessuti CNT "Attività di donazione tessuti registrata nel SIT"). In particolare, nel 2024 si sono registrati 2.801 donatori di tessuti da cadavere (erano 2.663 nel 2023) e 976 donatori di tessuti da vivente (erano 722 nel 2023; Figura 28.2.4).

Figura 28.2.1 N. Accertamenti di morte (DBD+DCD), Veneto, anni 2015-2024

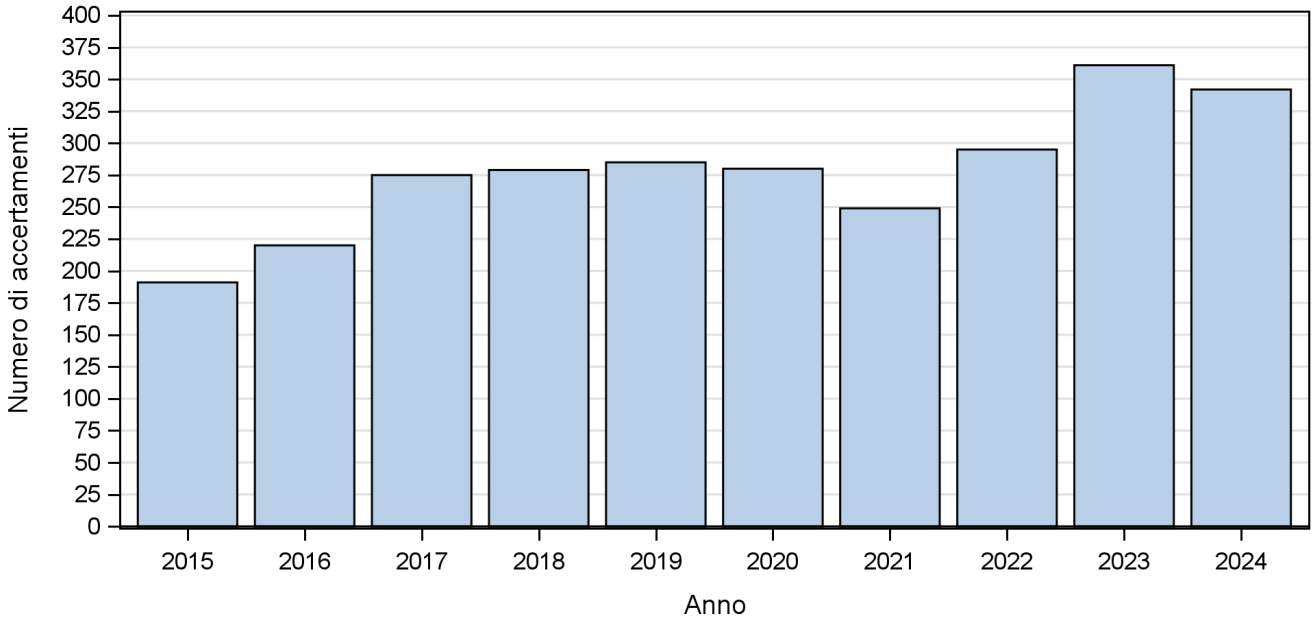


Figura 28.2.2 Accertamenti di morte pmp e Donatori utilizzati pmp in Veneto, anni 2015-2024

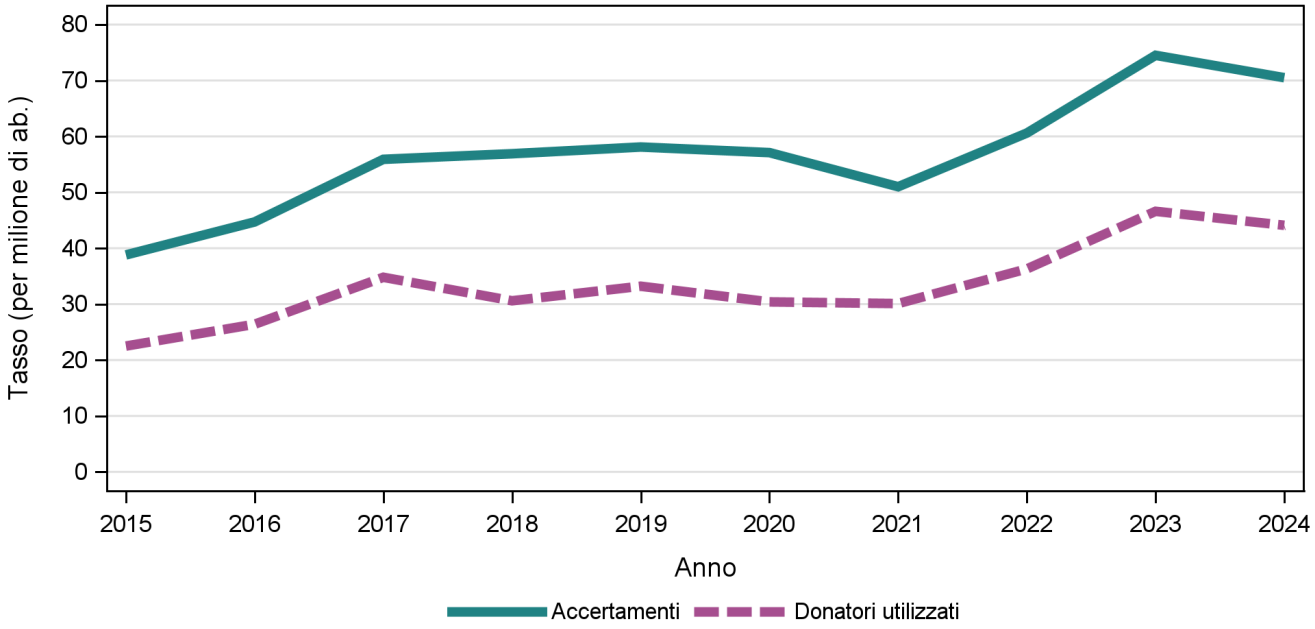


Tabella 28.2.1 Indicatori del Sistema Regionale Trapianti. Veneto, anni 2022-2024

Indicatore	Risultato Atteso	2022	2023	2024
PROCUREMENT 1 (N° Donatori Effettivi / DCLA in TI)	15%-25%	26,0%	29,4%	28,5%
PROCUREMENT 2 (N° Accertamenti di morte/ DCLA in TI)	20%-40%	42,1%	45,3%	43,8%
QUALITA' (N° Donatori Effettivi/Accertamenti di morte)	30%-70%	61,7%	64,8%	64,9%

Figura 28.2.3 Trapianti per organo e tipologia del donatore, Veneto, anno 2024. I trapianti multipli sono conteggiati singolarmente

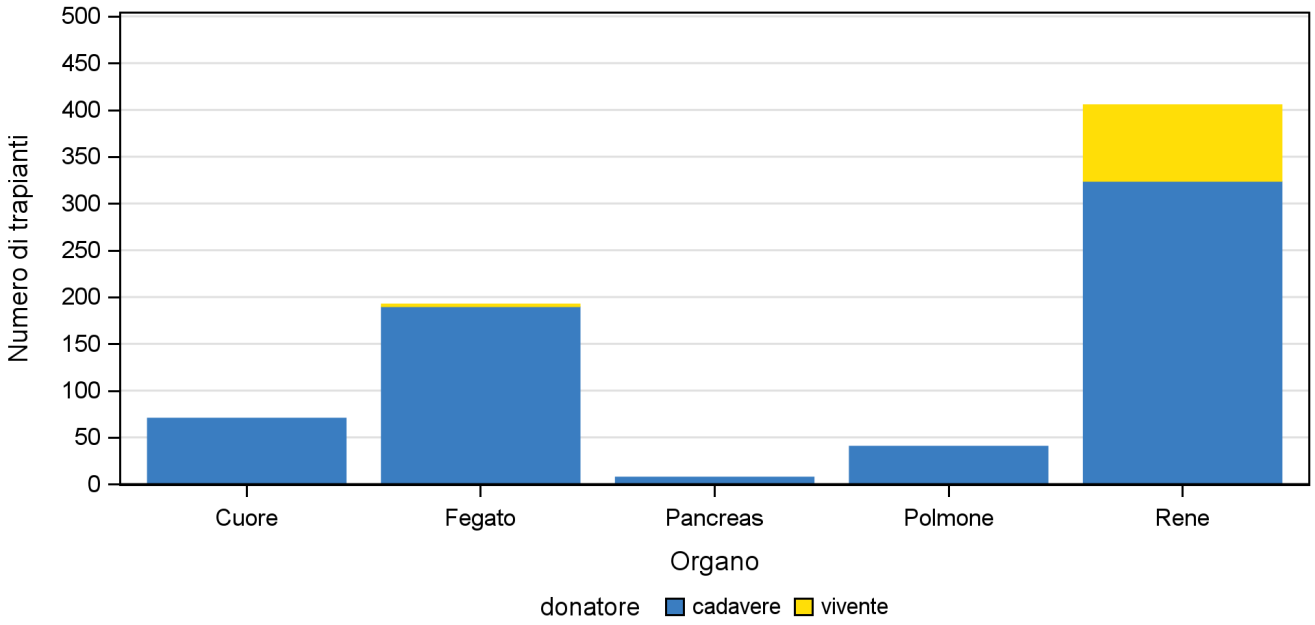
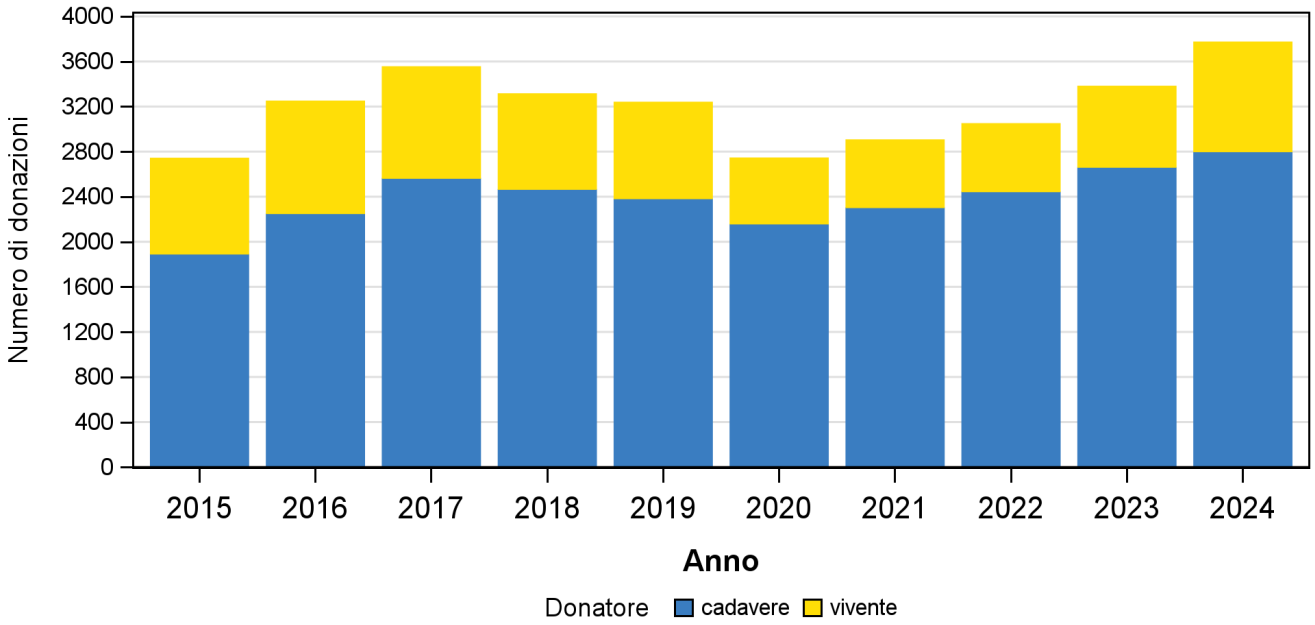


Figura 28.2.4 N. Donatori di tessuti distinti per tipologia del donatore, Veneto, 2015-2024



Per maggiori informazioni

Coordinamento Regionale Trapianti

c/o Azienda Ospedale di Padova Via Giustiniani 2 – 35128 Padova

veneto.coordinamento@aopd.veneto.it

049/8218124 - 8125

Aree di intervento

29. Il coordinamento regionale delle attività trasfusionali - CRAT

CONTENUTI

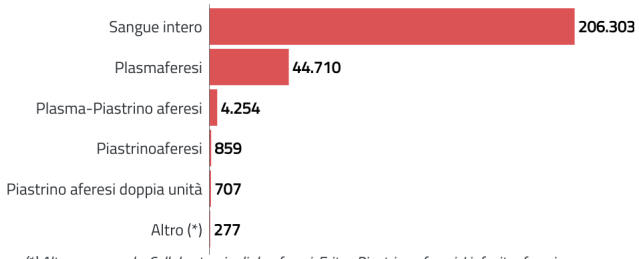
- 29.1 L'attività del Coordinamento Regionale Attività Trasfusionali (CRAT) e la Rete Trasfusionale Regionale
- 29.2 Il Nuovo Accordo Interregionale di Plasmaderivazione (NAIP) e il Centro Nazionale Sangue (CNS)
- 29.3 Qualità e sicurezza del Sistema Trasfusionale Regionale

Coordinamento regionale per le attività trasfusionali – CRAT

Il CRAT garantisce il coordinamento intra ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione

- **Coordina la programmazione ed organizzazione delle attività trasfusionali, produttive e terapeutiche**
- **Promuove l'aggiornamento continuo della strumentazione incentivando l'innovazione tecnologica**
- **Promuove l'appropriatezza di utilizzo degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati**
- **Garantisce supporto alla programmazione regionale in materia di attività trasfusionali e di coordinamento**

Dipartimenti di Medicina Trasfusionale della Regione
Attività di Raccolta: Procedure – Anno 2024



(*) Altro comprende: Cellule staminali da aferesi, Eritro-Piastrino aferesi, Linfocitoaferesi, Granulocitoaferesi, Eritroaferesi doppia unità, Eritro-Plasma aferesi, Eritro-Plasma-Piastrino aferesi

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

29.1 L'attività del Coordinamento Regionale Attività Trasfusionali (CRAT) e la Rete Trasfusionale Regionale

Il Coordinamento Regionale Attività Trasfusionali (CRAT) è la struttura individuata dall' Area Sanità e Sociale e all'interno di Azienda Zero, sulla base dell'art. 6 comma c della Legge nazionale 219/2005, deputata a garantire il coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione, nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi in relazione alle finalità previste dall'art. 1 della citata legge n. 219:

a) il raggiungimento dell'autosufficienza regionale e nazionale di sangue, emocomponenti e farmaci plasmaderivati;

b) una più efficace tutela della salute dei cittadini attraverso il conseguimento dei più alti livelli di sicurezza raggiungibili nell'ambito di tutto il processo finalizzato alla donazione ed alla trasfusione del sangue e delle prestazioni cliniche di Medicina trasfusionale. Compito del CRAT è coordinare e contribuire alla programmazione ed organizzazione delle attività trasfusionali, produttive e terapeutiche, perseguendo la qualità e la sicurezza degli emocomponenti e delle procedure sanitarie di Medicina trasfusionale; promuovere l'aggiornamento continuo della strumentazione incentivando l'innovazione tecnologica anche nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse e della riduzione del rischio; promuovere l'appropriatezza di utilizzo degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati su tutto il territorio regionale. Garantisce inoltre lo svolgimento delle attività di supporto alla programmazione regionale in materia di attività trasfusionali e di coordinamento e controllo tecnico-scientifico della rete trasfusionale regionale, secondo le indicazioni del Centro Nazionale Sangue (CNS), nonché perseguendo l'autosufficienza regionale e nazionale in farmaci plasmaderivati. Secondo quanto previsto dal Programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, anche il Piano regionale per il raggiungimento dell'autosufficienza individua i consumi storici, i fabbisogni e i livelli di produzione necessari al raggiungimento dell'autosufficienza regionale nonché a contribuire all'autosufficienza nazionale, definisce le linee di indirizzo per il monitoraggio della stessa autosufficienza, per il miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e della sostenibilità del sistema, nonché gli indicatori per il monitoraggio e le raccomandazioni per il perseguimento degli obiettivi posti. Le Strutture trasfusionali sono organizzate in dipartimenti interaziendali provinciali (DIMT). Da anni il Veneto è autosufficiente per tutti gli emocomponenti ad uso clinico ed è in grado di dare supporto anche ad altre Regioni tuttora carenti in particolare di emazie concentrate: si conferma valida la strategia regionale, che vede un forte impegno nella raccolta pubblica affiancata da una quota parte assegnata in convenzione al Volontariato di AVIS. Tutta l'attività promozionale e di fidelizzazione del donatore vede il contributo delle Associazioni dei donatori di sangue convenzionate: AVIS, FIDAS, FRATRES, ABVS, RDS, Amici dell'Ospedale, Croce Rossa, ASFA, ADOSALVI, Ass. Cav. Trevisan.

Il Registro Sangue 2024, che contiene dati relativi ai donatori e all'attività trasfusionale, rappresenta una situazione stabile per quanto riguarda l'autosufficienza regionale:

- 148.146 donatori
- 206.303 unità di sangue intero raccolte, di cui il 14% effettuate da AVIS in convenzione, e 47.551 procedure di plasmaferesi
- 223.746 emazie sono state trasfuse
- 5.254 emazie sono state cedute a supporto di altre Regioni del Paese
- 94.317 Kg di plasma sono stati conferiti per la plasmaderivazione.

Da alcuni anni si sta assistendo a una riduzione della raccolta, dovuta ai mutamenti socio-economici nella popolazione: le difficoltà economiche e di lavoro, l'aumento dell'età della popolazione, il difficile coinvolgimento delle nuove generazioni nell'impegno sociale. In parallelo, sul versante clinico, si sta assistendo a un trend in diminuzione della domanda di emazie concentrate, emocomponente driver dell'attività trasfusionale: l'evoluzione tecnologica della strumentazione operatoria (robotica), il perfezionamento delle tecniche e dei dispositivi operatori, l'applicazione di procedure per il risparmio di sangue (Programma di Patient Blood Management) e per l'appropriatezza di utilizzo fanno sì che il bilancio tra domanda di sangue e offerta continui a garantire l'autosufficienza.

Secondo la classificazione del CNS, anche nel 2024, i dati di raccolta di sangue e di plasma conferito collocano il Veneto nel gruppo delle Regioni più virtuose.

Per maggiori informazioni

Centro Regionale Attività Trasfusionale (CRAT) - Sede operativa: Azienda Zero

Via Jacopo Avanzo, 35 – 35132 Padova

crat.veneto@azero.veneto.it

0498778342

29.2 Il Nuovo Accordo Interregionale di Plasmaderivazione (NAIP) e il Centro Nazionale Sangue (CNS)

Per garantire l'autosufficienza nei medicinali plasmaderivati (MPD), nel 2015 è stato siglato il Nuovo Accordo Interregionale di Plasmaderivazione (NAIP), che coinvolge 7 Regioni (Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Abruzzo, Basilicata) e 2 Province Autonome (Trento e Bolzano). Il Veneto, in qualità di Regione Capofila, coordina le attività e i percorsi amministrativi relativi al conferimento del plasma all'industria e alla gestione dei MPD restituiti.

Il CRAT (Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali) predispone annualmente due Piani di distribuzione dei MPD: uno extraregionale, rivolto ai territori aderenti al NAIP, e uno intraregionale per le farmacie delle aziende sanitarie del Veneto. Nel 2024 la copertura del fabbisogno ha raggiunto il 100% per Albumina, Fattore VIII e Fibrinogeno; il 45% per il Fattore VIII-von Willebrand; il 75% per Immunoglobuline endovena da 5 g, l'87% da 10 g e il 38% per Immunoglobuline sottocute.

L'appropriatezza prescrittiva è promossa tramite i Comitati per il Buon Uso del Sangue (CoBus) e le strutture del DIMT. Per l'Albumina si punta ad allineare i consumi ai volumi degli altri Paesi europei di pari livello sanitario. La crescente domanda di Immunoglobuline, legata all'estensione delle indicazioni d'uso, è monitorata al fine di contenere l'aumento nei limiti del trend nazionale.

Nel 2024 sono stati ritirati dall'industria oltre 94.000 kg di plasma (oltre 31.000 da aferesi e 63.000 da separazione), equivalenti a oltre il 45% del totale conferito da NAIP. I prodotti restituiti comprendono 4.500 kg di Albumina, 977,7 kg di Immunoglobuline ev, 46 kg di Immunoglobuline sc, 16 milioni UI di Fattore VIII (incluso von Willebrand) e 23 kg di Fibrinogeno.

Per MPD extra-paniere o carenti, sono attivi accordi con altri consorzi nazionali di plasmaderivazione: nel 2024 questi hanno consentito di coprire integralmente il fabbisogno di complesso protrombinico e parte del Fattore VIII-von Willebrand da conto lavorazione.

Il Centro Nazionale Sangue (CNS), istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (DM 26/04/2007 in attuazione della Legge 219/2005), riceve dal CRAT i dati relativi a programmazione, produzione, utilizzo di emocomponenti e MPD, nonché i dati di emovigilanza su donatori e pazienti trasfusi (Tabelle 29.2.1, 29.2.2).

L'emovigilanza è il sistema che garantisce la sicurezza del processo trasfusionale, monitorando reazioni gravi e inattese, incidenti, infezioni trasmissibili (HIV, HBV, HCV, TPHA) e la qualità di materiali e apparecchiature (DM 02/11/2015). L'intero percorso, dal prelievo al follow-up post-trasfusionale, è tracciato per identificare e correggere eventuali criticità.

Nel 2024 le reazioni avverse gravi nei donatori sono state inferiori all'1%, tutte con esito favorevole. Non si sono verificati casi di infezione post-trasfusionale. Tra i donatori, le positività rilevate nei test pre-donazione sono state: 2 HBV, 1 HCV, 4 TPHA. Le unità corrispondenti sono state eliminate.

Durante la sorveglianza estiva, al 30/09/2024 sono stati registrati 19 casi di positività a West Nile Virus (WNV). Inoltre, il 19/09/2024 è stato segnalato un caso autoctono di virus Dengue. Il

CRAT ha immediatamente attivato i piani CNS, includendo il test specifico per tutte le donazioni effettuate da soggetti residenti o transitati nel comune coinvolto. Per WNV, i test sono stati estesi a tutte le donazioni regionali. Non si sono registrate conseguenze cliniche. Nessun incidente trasfusionale grave è stato segnalato nel 2024 (Tabella 29.2.3), confermando l'efficacia del sistema di sorveglianza e prevenzione attuato.

Tabella 29.2.1 Attività svolta dai Dipartimenti di Medicina Trasfusionale della Regione – Attività di Raccolta – Veneto, anno 2024

Procedure	N
Sangue intero	206.303
Plasmaferesi	44.710
Piastrinoaferesi	859
Cellule staminali da aferesi	197
Granulocitoaferesi	4
Linfocitoaferesi	33
Eritro-Piastrino aferesi	43
Eritroaferesi doppia unità	0
Plasma-Piastrino aferesi	4.254
Eritro-Plasma aferesi	0
Piastrino aferesi doppia unità	707
Eritro-Plasma-Piastrino aferesi	0

Tabella 29.2.2 Unità di raccolta associativa. Veneto, anno 2024

Descrizione	N. Sedute	Procedure	Unità raccolte
AVIS Provinciale Padova OdV	442	Sangue intero	13.614
AVIS Provinciale Treviso	146	Sangue intero	12.519
AVIS Provinciale Venezia	356	Sangue intero	9.330
		Plasmaferesi	2.841
Totale	944	Totale procedure	38.304

Tabella 29.2.3 Effetti Indesiderati Riceventi. Veneto, anno 2024

Reazioni Trasfusionali	N
Emolisi immunologica	0
Emolisi non immunologica	0
Infezione acuta trasmessa per trasfusione	1
Altre reazioni trasfusionali	173
Trasfusione non corretta senza esiti clinici	0
Totale	174

Per maggiori informazioni

Centro Regionale Attività Trasfusionale (CRAT) - Sede operativa: Azienda Zero

Via Jacopo Avanzo, 35 – 35132 Padova

crat.veneto@azero.veneto.it

0498778342

29.3 Qualità e sicurezza del Sistema Trasfusionale Regionale

La Regione Veneto ha recepito e implementato i contenuti della normativa nazionale sulle norme e specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i Servizi trasfusionali e le prescrizioni in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi. La normativa nazionale (decreto 2 novembre 2015) relativamente alla sicurezza e qualità, riguarda tutti gli aspetti del percorso donazione-ricevente.
La normativa europea in materia di attività trasfusionali (direttiva 2002/98/CE recepita con decreto legislativo 261/2007, direttiva 2005/61/CE recepita con decreto legislativo 207/2007, direttiva 2005/62/CE recepita con decreto legislativo 208/2007), ha introdotto ulteriori requisiti di qualità, tracciabilità e sicurezza trasfusionale. Il sistema nazionale ha quindi avviato il percorso di riqualificazione attraverso l'applicazione dell'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica. Il percorso di riqualificazione del sistema trasfusionale, si è concluso il 30 giugno 2015 con l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta in possesso dei requisiti stabiliti. Il percorso di riqualificazione è attualmente sottoposto a un nuovo aggiornamento attraverso l'applicazione dell'accordo Stato Regioni del 25 marzo 2021 e dell'accordo Stato Regioni del 6 settembre 2023 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica. Tutte le Strutture trasfusionali della Regione sono state riaccreditate nel 2023.

Per maggiori informazioni

Centro Regionale Attività Trasfusionale (CRAT) - Sede operativa: Azienda Zero

Via Jacopo Avanzo, 35 – 35132 Padova

crat.veneto@azero.veneto.it

0498778342

Aree di intervento

30. Assistenza socio-sanitaria

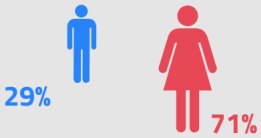
CONTENUTI

- 30.1 Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti
- 30.2 Servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità
- 30.3 Interventi a sostegno della domiciliarità

Assistenza socio-sanitaria - *Veneto, anno 2024*

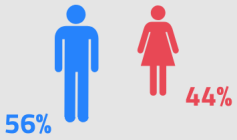
Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

48.024
assistiti



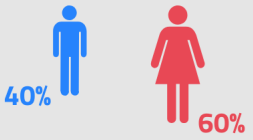
Servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità

10.485
assistiti



Interventi a sostegno della domiciliarità (*)

38.092
beneficiari

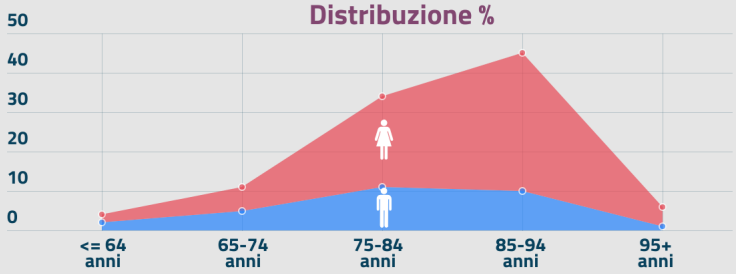


(*) delle Impegnative di Cura Domiciliare ICD a, ICD b, ICD f, ICD m, ICD Mgs, ICD p, ICD SLA

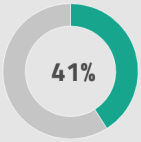
Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti *(Veneto, anno 2024)*

Distribuzione %



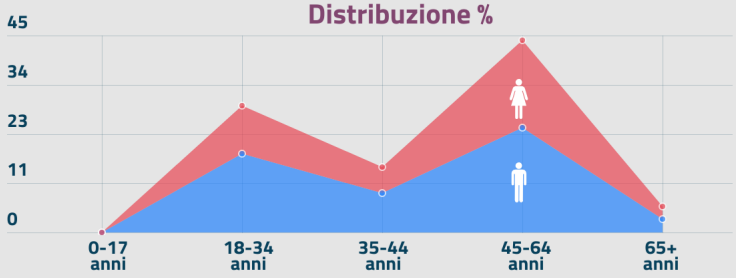
Patologia principale più diffusa



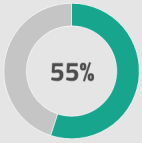
Demenza senile/ Morbo di Alzheimer

Servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità *(Veneto, anno 2024)*

Distribuzione %



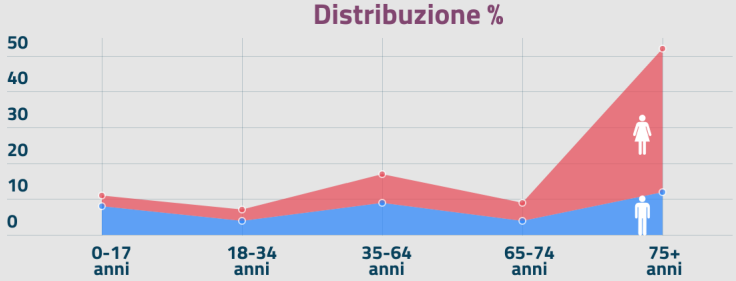
Gruppo di diagnosi più diffuso



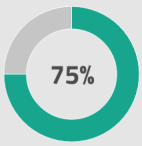
Disturbi psichici e comportamentali

ICD Impegnativa di cura domiciliare (*) *(Veneto, anno 2024)*

Distribuzione %



Tipologia di impegnativa maggiormente emessa



ICD b (basso bisogno assistenziale)

(*) delle Impegnative di Cura Domiciliare ICD a, ICD b, ICD f, ICD m, ICD Mgs, ICD p, ICD SLA

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

30.1 Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Nel 2024, 48.024 (2023: 47.543, 2022: 46.913) persone hanno avuto accesso, con almeno un giorno di assistenza, al sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone anziane del Veneto: le percentuali degli utenti per Azienda ULSS (considerando l'eventuale ultima presa in carico (PIC) nell'anno) sono state il 5,8% (Dolomiti), 18,7% (Marca Trevigiana), 12,6% (Serenissima), 4,3% (Veneto Orientale), 6,2% (Polesana), 16,8% (Euganea), 8,3% (Pedemontana), 10,7% (Berica) e 16,5% (Scaligera). Gli utenti anziani che hanno avuto accesso alle tipologie di Unità di Offerta (UDO) afferenti al FRNA con bisogno assistenziale di secondo livello, accolti in strutture a livello unico (istituite con DGR 996/2022 e 1168/2023), SAPA (Sezioni alta protezione Alzheimer), SVP (Stati vegetativi permanenti) e Centri diurni (CD), sono riportati nella Tabella 30.1.1. In particolare, gli utenti che afferiscono alle UDO possono essere titolari o meno di impegnativa di residenzialità (IDR) secondo le modalità di cui alla DGR 456/2007. Nel 2024 quasi la totalità delle impegnative assegnate a utenti non religiosi (92%, dato invariato rispetto al 2023) è stata spesa per quote a livello unico o di II livello; i servizi semiresidenziali rappresentano il 5% (2023:4,1%, 2022: 3,2%) del totale delle impegnative allocate. La tipologia di impegnativa Quota sanitaria d'accesso (QSA), istituita con DGR 1304/2020, ha permesso - secondo apposite modalità - l'accesso ai servizi residenziali a una maggiore platea di persone in situazione di bisogno ed è stata utilizzata prevalentemente dalle Aziende Euganea, Marca Trevigiana e Scaligera, che hanno emesso rispettivamente il 31%, 25% e il 23% del totale delle 2.475 IDR QSA regionali. La patologia più frequente degli utenti accolti in UDO residenziali o semiresidenziali è la demenza senile o morbo di Alzheimer. Le dieci patologie più frequenti esitate dalla valutazione all'ingresso (% sul totale delle prime dieci patologie principali esitate dalla valutazione multidimensionale, denominazioni come da codifica ICPC) sono riportate in Figura 30.1.1. Le prime nove patologie più frequenti dal 2015 al 2024 non cambiano e l'incremento più sensibile è avvenuto per la demenza senile (nel 2024 la percentuale di utenti è pari al 41%, nel 2015 era pari al 33%); le altre patologie hanno mantenuto prevalenze sostanzialmente invariate. Tenuto conto della classificazione dei profili di non autosufficienza della SVAMA, i dati consentono una lettura per cui i profili di autonomia più frequenti relativi agli utenti accolti nel 2024 (percentuali su PIC più recente nell'anno di competenza) sono risultati essere del tipo: 11-Confuso o stuporoso, totalmente dipendente (30,3%), 17-Problemi comportamentali, dipendente (19,0%), 16-Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia (12,4%). Nell'anno 2024 sono stati accolti 28.989,7 (2023: 27.442,5; 2022: 27.844,5) utenti equivalenti per un totale di 10.697.475,0 (2023: 9.944.242,5; 2022: 10.554.477) giornate di presenza equivalenti nelle UDO di II livello, livello unico, SAPA e SVP. Nelle Tabelle 30.1.2 e 30.1.3 vengono presentati i conteggi degli utenti equivalenti per Azienda ULSS di residenza e tipo di UDO in relazione alla titolarità o meno di IDR.

Nota Metodologica

I dati degli utenti che hanno avuto accesso alle UDO sono ricavabili dal flusso regionale FAR (DGR 2961/2012), con il quale vengono registrate le prestazioni LEA residenziali e diurne nell'area Anziani, sia per gli utenti con quota a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) che per i paganti in proprio. Per utente non autosufficiente anziano si intende la persona over 65 valutata con Scheda di Valutazione multidimensionale (S.Va.M.A., All. A DGR 96/2025) in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), con un profilo di autonomia compreso tra 2 e 17. Per utente equivalente si intende il rapporto tra giornate di presenza nell'anno e 366. Per giornate di presenza equivalenti si intendono le giornate di degenza al netto delle assenze ospedaliere (il periodo di assenza per assenze temporanee di due giorni viene conteggiato pari a due giorni, mentre per assenze temporanee più lunghe, il periodo di assenza dal secondo al penultimo giorno viene conteggiato al 50%, come stabilito dalla DGR 1438/2017). Per patologia principale si intende la prima patologia in ordine di importanza che concorre a determinare la situazione di non autosufficienza (All. A DGR 96/2025 pagg.3-5). Per profilo di autonomia si intende l'incrocio dei diversi livelli degli assi Situazione cognitiva; Mobilità; Situazione funzionale; Necessità di assistenza sanitaria, desumibile dalla Tabella Profili disponibile a pag. 34 dell'All. A DGR 96/2025.

Tabella 30.1.1 Utenti accolti in UDO di II livello, livello unico (UDO DGR 996/1168), SAPA, SVP e CD. Frequenze assolute per Azienda ULSS di residenza all'entrata in UDO. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati FAR)

Azienda ULSS	II liv.	SAPA	SVP	CD	II liv. R	Liv. unico	Liv. unico R	Totale
1. Dolomiti	73	66	4	224	0	2.357	42	2.766
2. Marca Trevigiana	429	172	72	511	0	7.678	120	8.982
3. Serenissima	401	49	23	582	0	4.967	35	6.057
4. Veneto Orientale	105	40	41	47	0	1.834	0	2.067
5. Polesana	137	47	6	10	0	2.797	1	2.998
6. Euganea	429	52	43	759	0	6.694	102	8.079
7. Pedemontana	254	45	12	302	22	3.168	206	4.009
8. Berica	290	37	36	317	0	4.283	195	5.158
9. Scaligera	434	56	25	437	0	6.710	246	7.908
Totale	2.552	564	262	3.189	22	40.488	935	48.024

Tipologie UDO: UDO per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (II liv.); Nucleo/Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA); Nucleo/Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP); Centro diurno per persone anziane non autosufficienti (CD); Struttura per religiosi di II livello (II liv. R); UDO DGR 996 (Liv. unico); UDO DGR 1168 (Liv. unico R).

Tabella 30.1.2 Utenti equivalenti titolari di IDR per tipologia di UDO e Azienda ULSS di residenza all'entrata in UDO. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati FAR)

Azienda ULSS di residenza	Tipologia di UDO							
	14	15	2	3	4	5	8	Totale
1. Dolomiti	1.437,7	27,9	59,2	9,1	0,7	59,0	0	1.593,5
2. Marca Trevigiana	4.095,2	71,1	350,3	15,1	15,2	112,2	0	4.659,1
3. Serenissima	2.720,5	22,6	345,4	7,7	16,8	308,9	0	3.421,9
4. Veneto Orientale	949,8	0	87,3	0,6	5,2	17,6	0	1.060,4
5. Polesana	1.484,5	0,8	110,9	6,2	2,1	2,6	0	1.607,1
6. Euganea	3.876,8	76,7	352,1	7,3	31,2	418,6	0	4.762,9
7. Pedemontana	1.734,5	150,7	207,9	9,6	9,6	116,3	19,1	2.247,8
8. Berica	2.560,0	125,3	256,4	8,2	26,8	129,1	0	3.105,7
9. Scaligera	4.035,4	165,1	353,8	7,4	18,7	190,4	0	4.770,7
Fuori regione	10,1	2,7	0	0	0	0	0	12,7
Totale	22.904,5	642,9	2.123,2	71,1	126,3	1.354,6	19,1	27.241,7

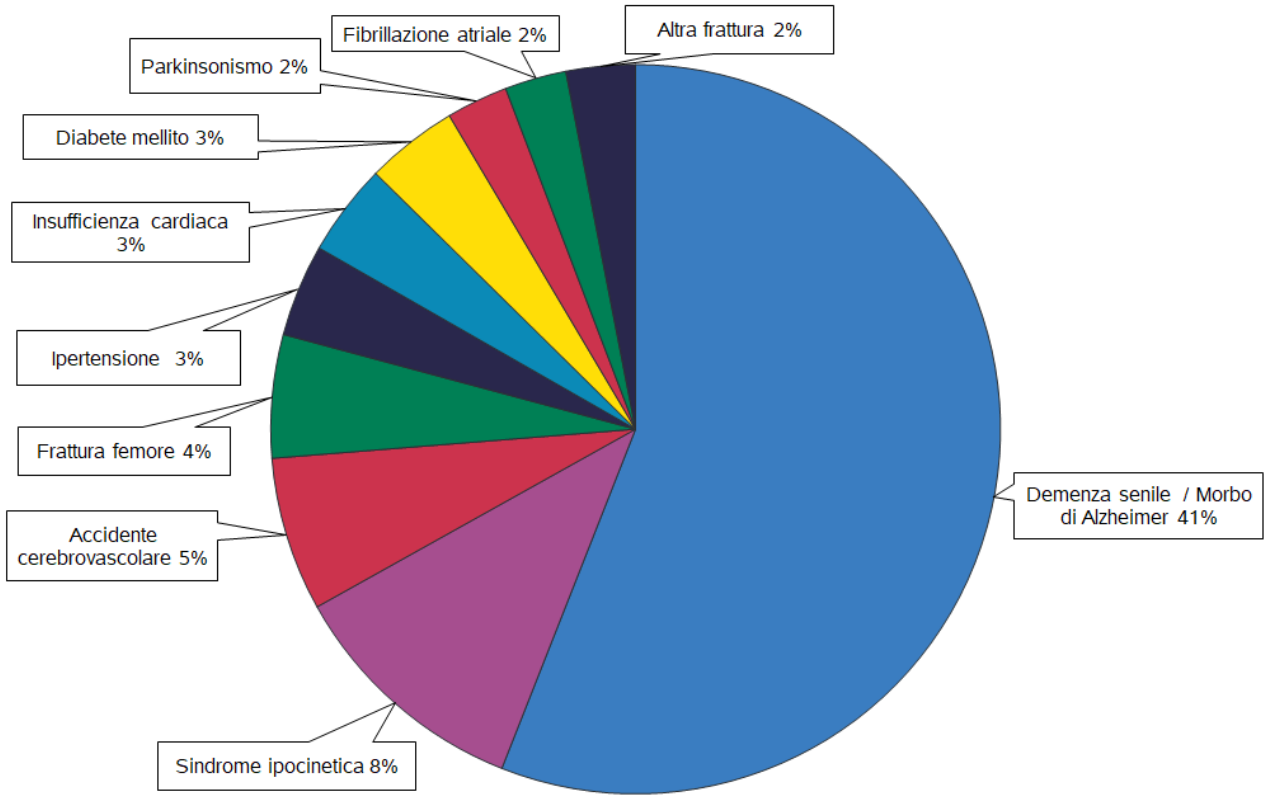
Tipologie UDO: 14. UDO DGR 996 (livello unico); 15. UDO DGR 1168 (livello unico religiosi); 2. UDO per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (II livello); 3. Nucleo/Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA); 4. Nucleo/Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP); 5. Centro diurno per persone anziane non autosufficienti; 8. Struttura per religiosi di II livello.

Tabella 30.1.3 Utenti equivalenti non titolari di IDR per tipologia di UDO e Azienda ULSS di residenza all'entrata in UDO. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati FAR)

Azienda ULSS di residenza	Tipologia di UDO						
	14	15	2	3	4	5	Totale
1. Dolomiti	67,7	0,1	0	0	0	39,8	107,6
2. Marca Trevigiana	329,0	11,2	0,3	5,3	15,2	15,7	376,7
3. Serenissima	374,0	3,8	0	0	0	5,9	383,7
4. Veneto Orientale	70,7	0	0,0	4,5	3,9	5,3	84,3
5. Polesana	139,8	0	0,9	0	0	0	140,6
6. Euganea	172,5	1,5	1,0	0	0	4,1	179,1
7. Pedemontana	214,6	13,7	0	0	0	45,4	273,7
8. Berica	174,9	26,4	0	0,0	0,5	10,3	212,1
9. Scaligera	236,8	28,3	9,1	0,0	0	8,5	282,7
Fuori regione	36,9	2,1	3,1	1,1	1,2	2,4	46,7
Totale	1.816,8	87,0	14,4	10,9	20,8	137,4	2.087,2

Tipologie UDO: 14. UDO DGR 996 (livello unico); 15. UDO DGR 1168 (livello unico religiosi); 2. UDO per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (II livello); 3. Nucleo/Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA); 4. Nucleo/Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP); 5. Centro diurno per persone anziane non autosufficienti.

Figura 30.1.1 Patologie principali (prime dieci patologie più frequenti) degli utenti con almeno un giorno di presenza in strutture per anziani. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati FAR).



Per maggiori informazioni

Direzione Regionale Servizi Sociali

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

servizi.sociali@regione.veneto.it

041 2791454-1493-1379

30.2 Servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità

Nel 2024 gli utenti che hanno avuto accesso a Unità di Offerta (UDO) territoriali residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità o che sono stati beneficiari di progettualità in regime diurno sono stati 10.485 (10.469 nel 2023). In Figura 30.2.1 se ne riportano le principali caratteristiche demografiche.
Considerato che una persona può frequentare più tipologie di strutture nello stesso periodo o la stessa tipologia di struttura in territori diversi, la Tabella 30.2.1 rappresenta gli utenti per tipologia di offerta: 3.969 (3.938 nel 2023) sono stati accolti in strutture residenziali e 6.417 (6.373 nel 2023) in Centro Diurno; 908 (916 nel 2023) hanno beneficiato di Progettualità sperimentali esterne al Centro Diurno (DGR 739/2015) e 389 (418 nel 2023) sono stati inseriti in Progetti innovativi per l'accompagnamento all'inclusione e all'occupabilità (percorsi A e B - DGR 1375/2020). Sono questi ultimi ad accogliere gli utenti più giovani, come riporta la Figura 30.2.2, che illustra l'età media nelle UDO. L'accesso alle strutture per persone con disabilità è subordinato ad una valutazione multidimensionale che avviene attraverso la scheda SVaMDi, la cui somministrazione consente di valutare bisogni e potenzialità della persona e di individuare il progetto ed il percorso assistenziale più appropriati. In Figura 30.2.3 vengono rappresentati i gruppi di diagnosi più frequenti relativi alle patologie principali registrate nella SVaMDi e, in ciascun gruppo, vengono indicate le patologie più numerose: circa il 92% (dato invariato rispetto al 2023) delle diagnosi trova rispondenza nei tre gruppi "Disturbi psichici e comportamentali" (55,0%), "Malattie del sistema nervoso" (18,7%), "Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche" (18,5%). Unitamente agli interventi previsti e finanziati dalla Regione Veneto, l'offerta dei servizi si integra con misure di assistenza disciplinate dalla normativa nazionale L. 112/2016 e avviate con DGR 2141/2017; la succitata legge, cosiddetta "Dopo di Noi", ha istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali un Fondo per la realizzazione di progetti rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Gli indirizzi di programmazione regionale, approvati con DGR 154/2018, prevedono l'articolazione delle linee di intervento in attività residenziali di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine e in attività diurne di supporto alla domiciliarità e di sviluppo di competenze per favorire l'autonomia: nell'anno 2024 il numero delle linee attive è di 248 (216 nel 2023) e i beneficiari sono stati 862 (851 nel 2023) con almeno una presenza, con un incremento dell'1,3% circa rispetto all'anno precedente. La partecipazione alle diverse progettualità coinvolge maggiormente (54%) utenti di sesso maschile (54,8% nel 2023).

Nota Metodologica

I dati sul sistema dei servizi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità della Regione Veneto provengono dal flusso FAD (Flusso Area Disabilità - DDG Area Sanità e Sociale n. 220/2015). In Tabella 30.2.1 il conteggio degli utenti è stato effettuato in base al numero degli accessi in UDO (es: un utente che entra in due UDO diverse è stato contato due volte). Le tipologie di Unità di Offerta (UDO) afferenti al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza sono: Comunità Alloggio, Comunità Residenziale, Residenza Sanitaria Assistenziale, Centro di Riferimento Gravi Disabilità, Centro Diurno per persone con disabilità, Progetto sperimentale esterno al Centro Diurno (DGR 739/2015), Percorso abilitativo in contesto socializzante non produttivo (A), Percorso orientato all'occupabilità in contesti produttivi (B) (DGR 1375/2020). Il conteggio per le progettualità del "Dopo di Noi" si riferisce alle linee di intervento con almeno un giorno di attività nell'anno 2024.

Tabella 30.2.1 Utenti accolti in strutture per persone con disabilità per Azienda ULSS sede dell'UDO e tipologia di UDO. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati FAD)

Azienda ULSS	Tipologia di UDO								Totale
	RES				SEMIRES				
	CA	CR	RSA	CRGD	CD	739	1375 (A)	1375 (B)	N
1.Dolomiti	106	0	48	0	245	26	30	1	456
2.Marca Trevigiana	712	0	216	0	1.338	122	50	62	2.500
3.Serenissima	252	0	62	0	608	71	23	5	1.021
4.Veneto Orientale	70	0	0	0	272	23	12	6	383
5.Polesana	40	1	310	21	176	17	50	18	633
6.Euganea	468	10	334	159	1.539	138	29	23	2.700
7.Pedemontana	97	0	174	54	436	57	0	11	829
8.Berica	511	11	104	0	729	158	30	0	1.543
9.Scaligera	384	28	225	0	1.238	312	43	31	2.261
Totale	2.640	50	1.473	234	6.581	924	267	157	12.326

Tipologie di UDO: CA: comunità alloggio per persone con disabilità, CR: comunità residenziale, RSA: residenze sanitarie assistenziali per persone con disabilità, CRGD: centro riferimento gravi disabilità, CD: centro diurno per persone con disabilità, 739: progetto sperimentale esterno al centro diurno (DGR 739/2015), 1375 (A): percorso abilitativo in contesto socializzante non produttivo, 1375 (B): percorso orientato all'occupabilità in contesti produttivi.

Figura 30.2.1 Distribuzione degli utenti accolti in strutture o progettualità per persone con disabilità per anno di età, con composizione per sesso all'interno di ciascuna barra. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati FAD)

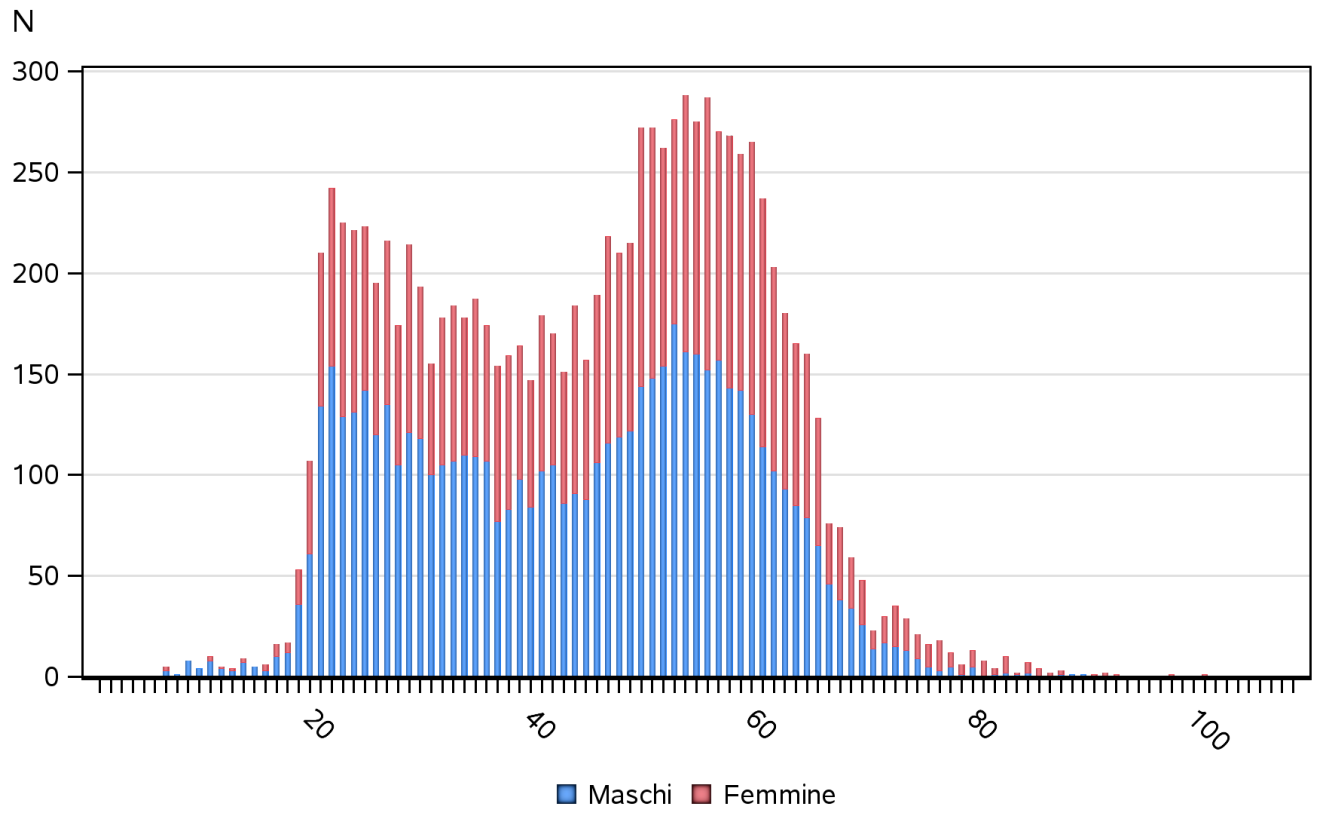
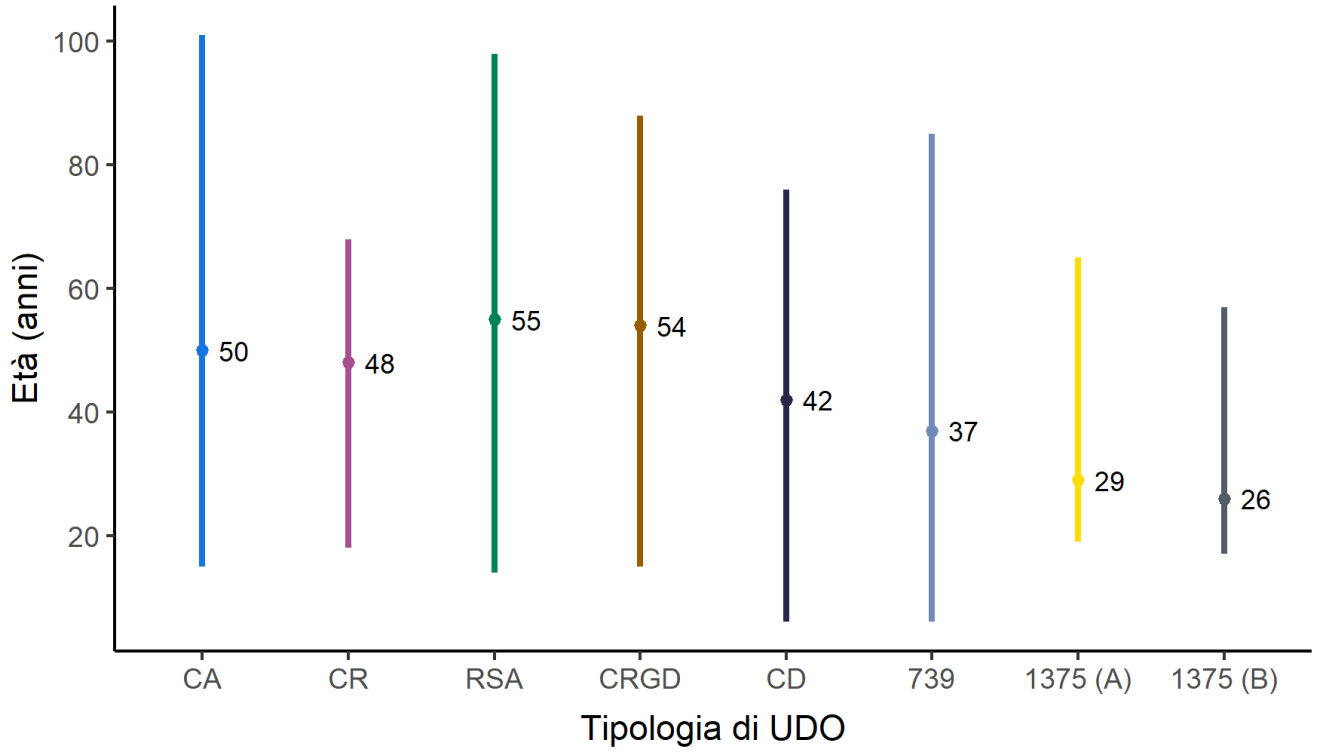
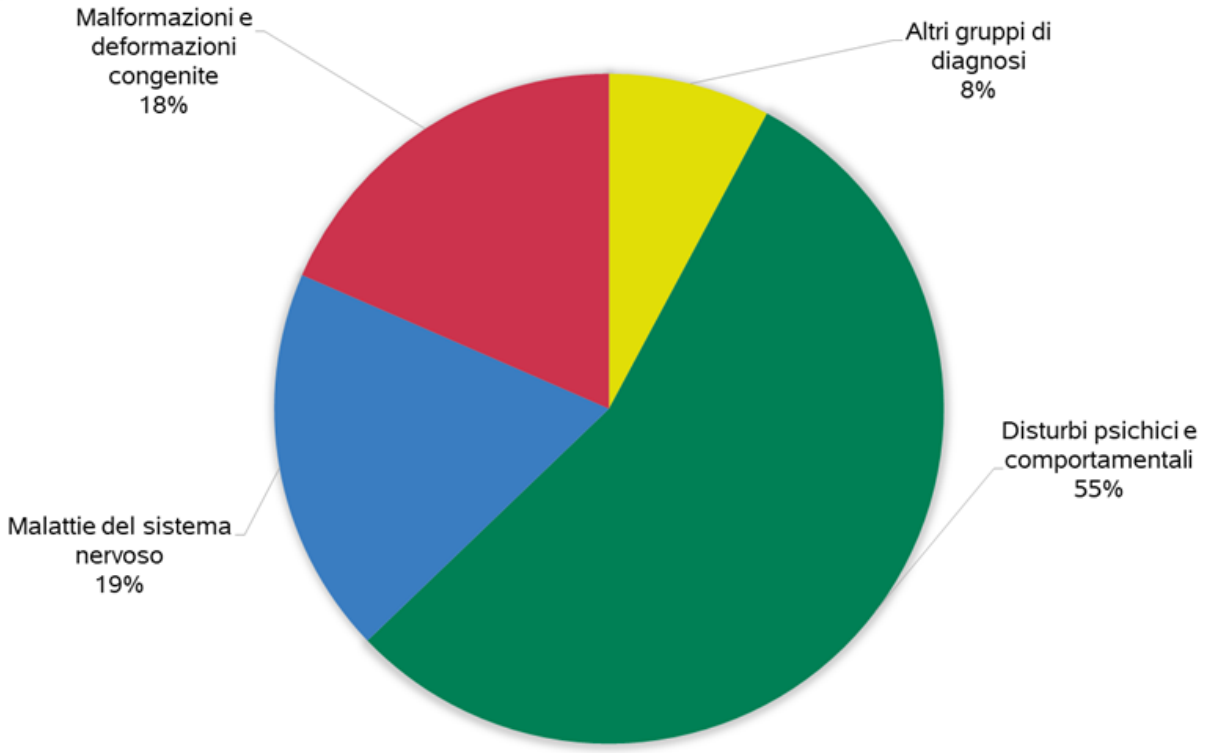


Figura 30.2.2 Età minima, media e massima (anni) degli utenti accolti in strutture per persone con disabilità per tipologia di UDO. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati FAD)



Tipologie UDO: CA: comunità alloggio per persone con disabilità, CR: comunità residenziale, RSA: residenze sanitarie assistenziali per persone con disabilità, CRGD: centro riferimento gravi disabilità, CD: centro diurno per persone con disabilità, 739: progetto sperimentale esterno al centro diurno (DGR 739/2015), 1375 (A): percorso abilitativo in contesto socializzante non produttivo, 1375 (B): percorso orientato all'occupabilità in contesti produttivi.

Figura 30.2.3 Utenti accolti in strutture o progettualità per persone con disabilità per gruppi di diagnosi (patologia principale SVaMDi). Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati FAD)



Per maggiori informazioni

Direzione Regionale Servizi Sociali

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

servizi.sociali@regione.veneto.it

041 2791454-1493-1379

30.3 Interventi a sostegno della domiciliarità

L'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) (istituita con DGR 1338/2013 e successive integrazioni) mira a garantire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, tramite sia l'assegnazione di un contributo economico riconosciuto alla persona non autosufficiente di qualsiasi età, erogabile alla persona stessa o al familiare che ne garantisce assistenza e cura, sia assegnando un monte ore di prestazioni o servizi di pari valore. Nel 2024, un totale di 39.091 persone ha beneficiato di ICD (Tabella 30.3.1). Di queste, 38.092 hanno beneficiato delle tipologie ICD a, ICD b, ICD f, ICD m, ICD Mgs, ICD p e ICD SLA (38.098 nel 2023, 37.349 nel 2022), con una frequenza media mensile di 31.716 utenti equivalenti (32.064 nel 2023, 30.509 nel 2022) calcolati dividendo il totale delle mensilità erogate per 12. L'età dei beneficiari di queste tipologie varia da 1 a 110 anni, con una prevalenza tra gli over 65 pari al 74,9% nelle femmine e al 42,5% nei maschi (Figura 30.3.1). La Figura 30.3.2 mostra il valore medio dell'età dei beneficiari per tipologia di ICD, con indicazione dei valori di età minimi e massimi; le ICDa, ICDb e le ICDp vengono erogate anche ai minori. Nel 2024, inoltre, 528 persone hanno beneficiato di ICD B-Plus e 471 di ICD Diurni gravi e gravissimi.
Con DDR 52/2021 e successive integrazioni, a partire dal 01/01/2022 sono stati istituiti tre specifici interventi le cui misure vengono esplicitate e denominate ICD Caregiver (CG): Intervento A.1 - destinato ai caregiver che seguono persone in condizione di disabilità gravissima tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata; Intervento A.2 - destinato ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali; Intervento A.3 - destinato ai programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita. Ai sensi della DGR 682/2022 gli interventi ICD Caregiver sono cumulabili con le ICD (DGR 1338/2013) sopra descritte. Con la DGR n. 229/2024, in ottemperanza a quanto previsto dal Decreto interministeriale del 30 novembre 2023 (GU n. 12 del 16/01/2024), l'intervento A.2 è stato eliminato subordinando temporalmente questo passaggio alla salvaguardia delle prese in carico in atto riguardanti la priorità A.2, al fine di garantire continuità assistenziale. Con il DDR n. 18 del 31 maggio 2024, è stata istituita la nuova CGb Plus (Intervento A.1) rivolta a caregiver di persone non autosufficienti con elevato bisogno assistenziale, e sono state recepite le modifiche per riqualificare le CGa (Intervento A.1) e le CGb (Intervento A.3). Nel 2024 hanno beneficiato di tale contributo (ICD CG) 892 utenti (940 nel 2023, 513 nel 2022), dettagliati secondo ciascuna tipologia di intervento, tipologia di ICD Caregiver e Azienda ULSS in Tabella 30.3.2. Il valore medio dell'età dei beneficiari degli interventi ICD Caregiver è di 41,8 anni (con un età minima di 4 anni e massima di 102). Anche per le ICD Caregiver, le CGa e le CGp vengono erogate anche ai minori. In particolare la DGR 682/2022 ha previsto che "gli interventi di sostegno destinati ai Caregiver familiari sono cumulabili con le prestazioni previste dalle impegnative di cura domiciliari di cui alla DGR 1338/2013 previa valutazione specifica del bisogno da parte dell'UVMD": il numero di beneficiari destinatari di entrambi i contributi risulta essere pari a 712, dei quali il 98,5% risulta titolare dell'Intervento A.1 ICD Caregiver.

Nota Metodologica

L'ICD è articolata in sette tipologie, mutuamente esclusive, che rispondono a bisogni assistenziali di diversa intensità misurati con apposite schede di valutazione (SVAMA Semplificata, SVAMA e SVaMDi): ICDb (basso bisogno assistenziale), ICDmgs e ICDm (condizione più o meno grave con demenza di tutti i tipi associata a disturbi del comportamento), ICDa (disabilità gravissima e in condizione di dipendenza vitale, che necessita a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore o dipendenza da apparecchiature elettromedicali o da respiratore artificiale), ICDp (disabilità psichico-intellettiva), ICDf (adulti con disabilità fisica e capacità di autodeterminazione). Successivamente, con DGR n. 571/2017, è stata istituita l'ICD per i malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Infine, con la DGR n. 1558/2023, sono state istituite le nuove Impegnative ICDB Plus, Impegnative Centri Diurni gravi e Impegnative Centri Diurni gravissimi, queste ultime due riferite all'assistenza diretta. L'ICD Caregiver è articolata in tre linee di intervento: Intervento A.1 con le tipologie CGa, CGmgs, CGf, CGp, CGsla, CGb Plus; Intervento A.2 (ad esaurimento) e Intervento A.3 ciascuno con le tipologie CGa, CGmgs, CGsla, CGf, CGp, CGm, CGb.

Tabella 30.3.1 Utenti beneficiari per Azienda ULSS e tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati ICD)

	Numero di utenti beneficiari per tipologia di ICD										
	ICD a	ICD b	ICD f	ICD m	ICD p	ICD SLA	ICD Mgs	ICD B-Plus	ICD diurni gravi	ICD diurni gravissimi	Totale
1. Dolomiti	36	918	42	12	139	6	30	6	1	0	1,190
2. Marca Trevigiana	78	4,857	169	90	421	41	674	161	36	38	6,565
3. Serenissima	67	4,766	235	186	480	34	696	47	116	67	6,694
4. Veneto Orientale	11	1,267	68	59	154	12	375	46	3	0	1,995
5. Polesana	21	2,891	63	43	315	11	246	0	0	0	3,590
6. Euganea	117	6,398	254	136	502	44	595	63	52	33	8,194
7. Pedemontana	34	1,134	56	87	266	21	133	13	21	7	1,772
8. Berica	45	2,354	114	52	378	19	149	129	27	22	3,289
9. Scaligera	117	3,904	208	133	666	36	627	63	32	16	5,802
Regione del Veneto	526	28,489	1,209	798	3,321	224	3,525	528	288	183	39,091

Tabella 30.3.2 Utenti beneficiari per Azienda ULSS, linea di intervento e tipologia di ICD Caregiver. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati ICD Caregiver)

	Numero di utenti beneficiari per tipologia di ICD Caregiver										
	Intervento A.1					Intervento A.2		Intervento A.3			
	CG a	CG f	CG mgs	CG p	CG SLA	CG b	CG p	CG b	CG m	CG p	Totale
1. Dolomiti	0	7	0	30	0	0	0	0	0	0	37
2. Marca Trevigiana	8	17	11	70	17	0	0	1	1	0	125
3. Serenissima	5	13	36	67	10	1	0	1	0	0	133
4. Veneto Orientale	2	3	15	19	0	0	0	0	0	0	39
5. Polesana	4	9	15	46	0	0	0	0	0	0	74
6. Euganea	12	41	34	146	13	0	1	2	1	0	250
7. Pedemontana	3	3	7	11	2	0	0	0	0	0	26
8. Berica	3	6	4	65	1	2	0	0	0	1	82
9. Scaligera	7	13	13	86	5	0	0	1	0	1	126
Regione del Veneto	44	112	135	540	48	3	1	5	2	2	892

Figura 30.3.1 Distribuzione degli utenti beneficiari di Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD a, ICD b, ICD f, ICD m, ICD Mgs, ICD p, ICD SLA) per anno di età, con composizione per sesso all'interno di ciascuna barra. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati ICD)

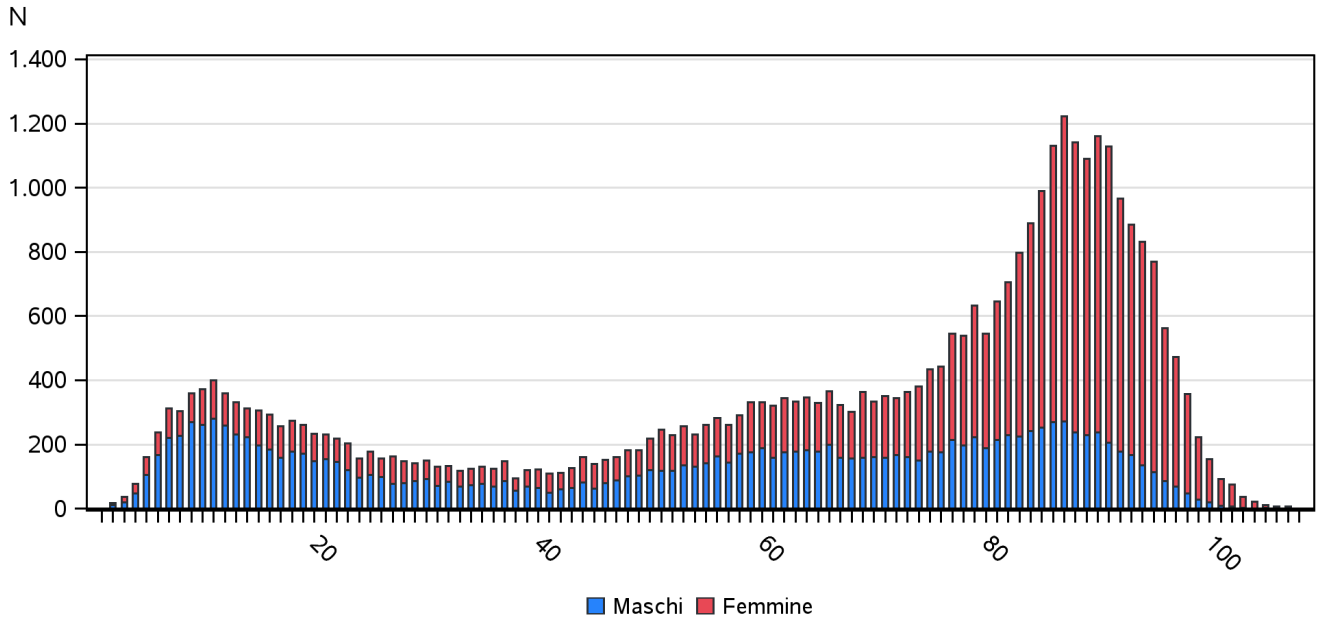
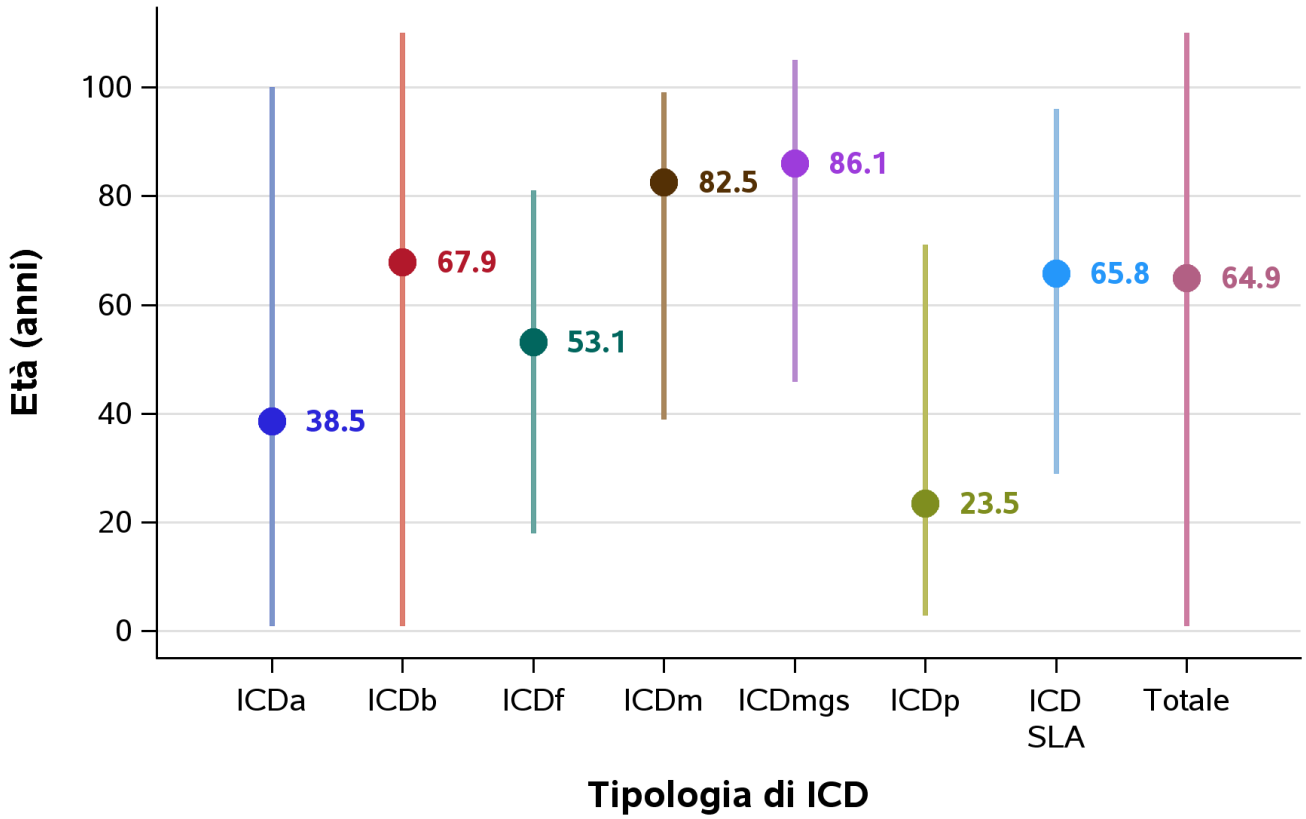


Figura 30.3.2 Età media (minima e massima) dei beneficiari per tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD a, ICD b, ICD f, ICD m, ICD Mgs, ICD p, ICD SLA). Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati ICD)



Per maggiori informazioni

Direzione Regionale Servizi Sociali

Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

servizi.sociali@regione.veneto.it

041 2791454-1493-1379

Aree di intervento

31. Interventi socio-sanitari sulle dipendenze

CONTENUTI

- 31.1 Abuso di sostanze
- 31.2 Disturbo da gioco d’azzardo

Interventi socio-sanitari sulle dipendenze. Veneto, anno 2024

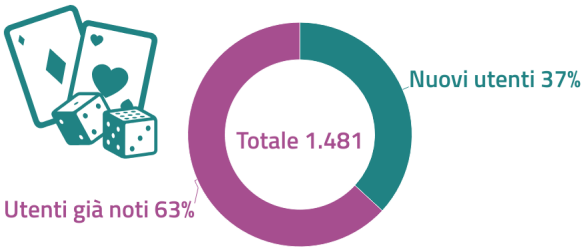
Abuso di sostanze

Principale sostanza d'uso per la quale il soggetto è assistito. Anno 2024

Eroina	8.575
Cocaina	5.032
Cannabinoidi	4.939

Disturbo da gioco d'azzardo

Disturbo da Gioco d'Azzardo: utenti nel Veneto. Anno 2024



31.1 Abuso di sostanze

Nella nostra Regione vi sono 9 Dipartimenti funzionali per le Dipendenze e 38 Servizi per le Dipendenze ad essi afferenti. Le Comunità Terapeutiche nel Veneto sono 106, di cui solo tre pubbliche e le altre 103 gestite dal Privato Sociale Accreditato. Queste sono suddivise in: 10 Servizi di pronta accoglienza; 28 Servizi semiresidenziali; Servizi residenziali: 6 di tipo A (di base); 36 di tipo B (intensivi); 22 di tipo C (specialistici); 3 di tipo C1 (madri tossicodipendenti con figli minori); 1 di tipo C2 (tossicodipendenti minori). Le diverse tipologie corrispondono alle esigenze degli assistiti ed ai diversi gradi di intensità della cura necessari al percorso di riabilitazione. Le strutture si caratterizzano per complessivi 1.432 posti autorizzati e 1.204 posti accreditati. Tra questi i semiresidenziali hanno una dotazione pari a 220 posti autorizzati e 150 accreditati. Le ULSS hanno avuto a disposizione nel 2024 un budget per il pagamento dell'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale pari a 29.703.052,40 euro, con un incremento rispetto all'anno precedente di euro 1.663.052,40.
Il Privato Sociale Accreditato collabora e viene coinvolto nella realizzazione del Piano Triennale per le Dipendenze 2024-2026, finanziato con 1.500.000,00 per ogni annualità, nonché nei Piani Operativi aziendali sul Disturbo da Gioco d'Azzardo, complessivamente finanziati nel 2024 con 3.608.443,31 euro.
La DGR 1396/23 di approvazione del Piano Triennale per le Dipendenze 2024-26 sceglie un approccio fondato sulle comunità di pratica, che orienta tutte le componenti del Sistema delle Dipendenze alla massima condivisione. Il processo di presa in carico assume una connotazione più globale e tenta di favorire il lavoro comune tra i servizi, in una logica di massimizzazione delle risorse.
All'interno del Piano sono individuate le aree prioritarie di intervento: Area Prevenzione e Area Cura e Riabilitazione. I destinatari del Piano sono: adolescenti e giovani; famiglie con e senza utente in carico; lungo-assistiti; soggetti con particolari fragilità (detenuti, stranieri, situazioni genere correlate).
Le aree a valenza regionale attivate sono: sistemi di valutazione degli esiti; percorsi terapeutici e assistenziali; raccolta ed elaborazione dei dati e interoperabilità dei sistemi informativi. Inoltre, il Piano Triennale per le Dipendenze 2024-26 tende a favorire la sperimentazione: il progetto con capofila l'Azienda ULSS 7 Pedemontana avrà come tema l'Open Dialogue – Dialogo Aperto.
La necessità di un costante processo di riqualificazione e aggiornamento del Sistema Dipendenze è attestata dalla molteplicità dei bisogni degli utenti segnalati dalle strutture competenti. Da un forte disagio giovanile che spinge ad un approccio sempre più precoce all'uso di sostanze con rilevanti conseguenze di comorbidità psichiatrica, alle crescenti difficoltà delle famiglie, alla diffusione esponenziale di droghe sintetiche e di Nuove Sostanze Psicoattive, all'utilizzo prestazionale e ricreativo degli stupefacenti conosciuti, quali cocaina ed oppioidi, al permanere di situazioni di cronicità.
L'alcol rappresenta ormai un collante e una base per tutte le forme di dipendenza, in particolare per la propagazione di consumi plurimi e devastanti, soprattutto per personalità in crescita.
I Ser.D ed i Dipartimenti per le Dipendenze sono impegnati a migliorare la propria capacità di intercettazione soprattutto nei confronti dei giovani e giovanissimi, supportando in maniera

adeguata i familiari, oltre che nel sostenere i bisogni di un numero sempre più elevato di pazienti caratterizzati da cronicità.
La prevalenza dei contatti dei Ser.D con riguardo al consumo di eroina, cocaina e cannabinoidi confermano queste droghe come quelle a maggior peso nell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale. Il dato si ricollega a invecchiamento e cronicità, segnalando abitudini di consumo di sostanze consolidate nel tempo, pur in un contesto in profonda e radicale trasformazione.
Il policonsumo nei giovani e le situazioni legate ai cosiddetti lungo-assistiti sono due tra gli aspetti prevalenti nel mondo delle dipendenze patologiche che impegnano i Servizi, rappresentando nel contempo altrettante sfide per il futuro.

Nota Metodologica

Dati rappresentati nel paragrafo: si tratta di elaborazioni di dati estratti dal Data Warehouse regionale di ambito sanitario ed in particolare da flussi informativi attinenti al Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)

Figura 31.1.1 Contatti Ser.D per principali fasce di età: anni 2016-2024. Fonte: Data Warehouse regionale (elaborazione su flussi SIND)

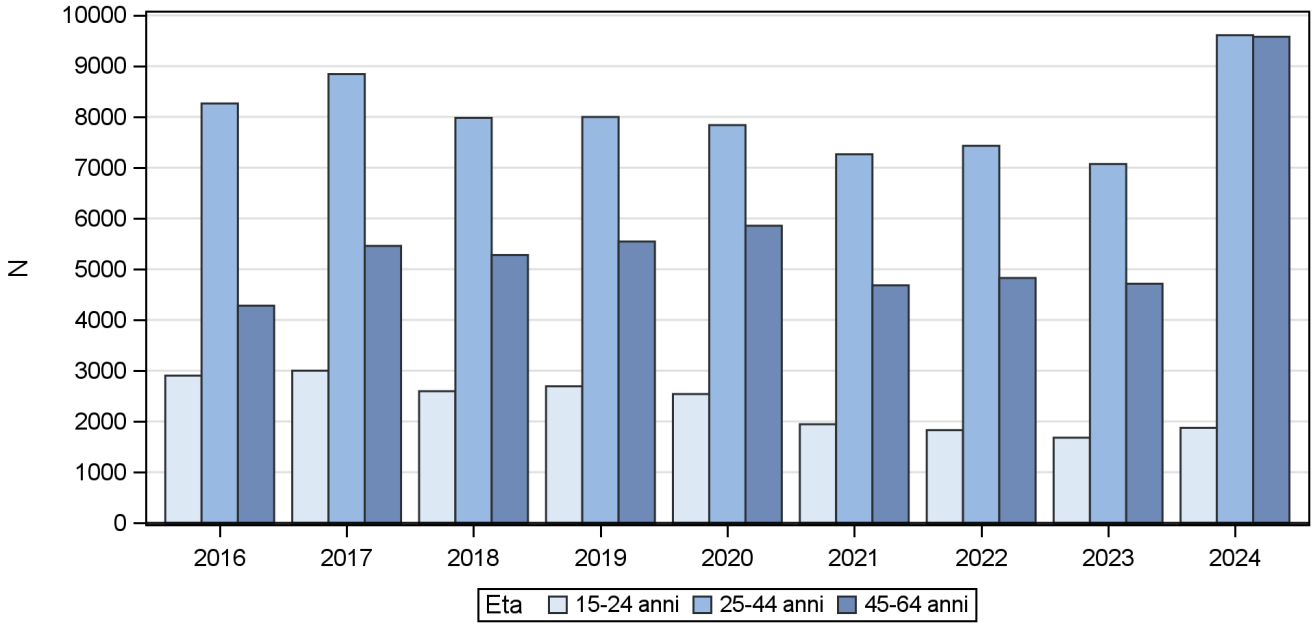
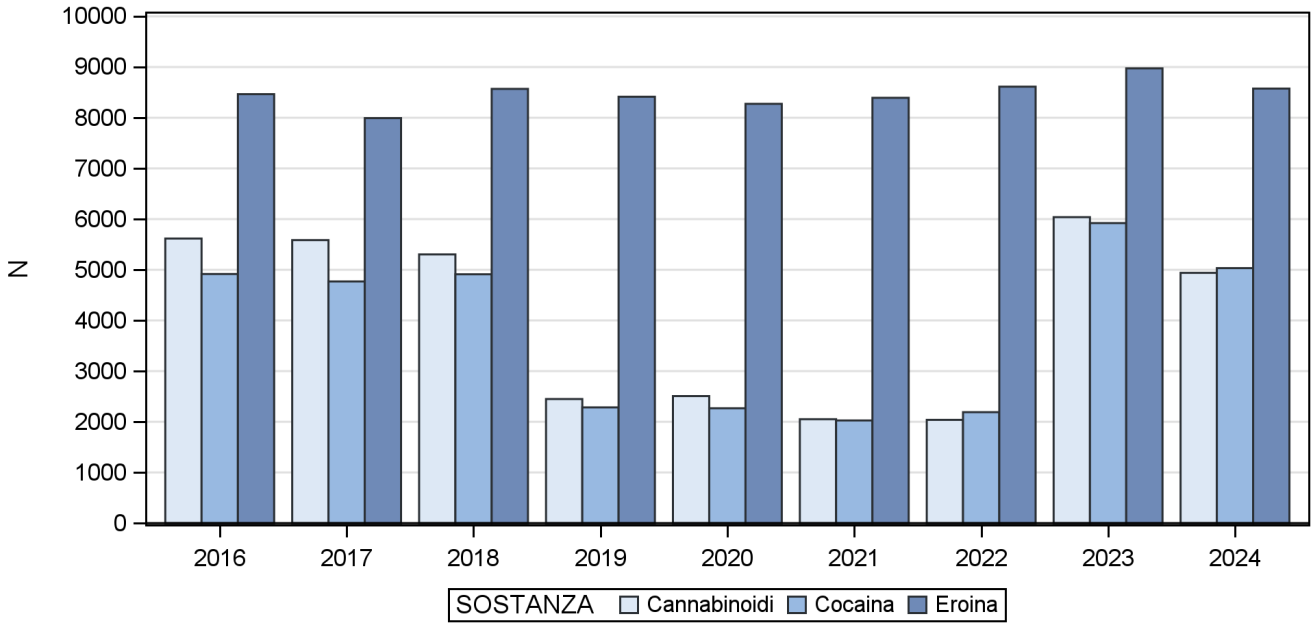


Figura 31.1.2 Principale sostanza d'uso per la quale il soggetto è assistito (Veneto 2016-2024). Fonte: Data Warehouse regionale (elaborazione su flussi SIND)



Approfondimenti

Relazione annuale sui risultati ottenuti dal nostro Paese nella lotta al traffico illecito delle sostanze stupefacenti

https://antidroga.interno.gov.it/temi/report/relazioni-annuali-dcsa/

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale E.Q. Dipendenze

Rio Novo Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Telefono 041/2791445

31.2 Disturbo da gioco d'azzardo

Il disturbo da gioco d'azzardo (GAP) è un comportamento che si caratterizza per l'incapacità di resistere alla tentazione persistente o ricorrente di giocare somme di denaro anche elevate, compromettendo fortemente sia la salute psico-fisica del giocatore sia sua la sfera lavorativa, affettiva e relazionale, causando seri problemi economici e legali. Nella nostra Regione il giocato complessivo per la sola rete fisica si attesta sui 5 miliardi di euro (Figura 31.2.1). Questa dipendenza comportamentale ha conosciuto negli ultimi anni una crescita esponenziale, dovuta alla concomitanza di diversi fattori, quali la crisi economica, l'emergenza pandemica e l'enorme ampliamento dell'offerta d'azzardo.
Per queste ragioni, l'attuale Piano regionale sul Disturbo da Gioco viene attuato attraverso progettualità locali che si affiancano agli interventi terapeutici già attivi (Figure 31.2.2 e 31.2.3), implementando nuovi percorsi di ricerca, trattamento, formazione e sensibilizzazione. Sono di seguito sintetizzate alcune azioni di particolare rilievo.
Per quanto riguarda l'area della Ricerca, si prevedono: la sperimentazione di innovative tecniche di trattamento anche secondo i principi della e-health; studi sperimentali nel campo delle neuroscienze; ricerca sui fattori che concorrono allo sviluppo delle dipendenze patologiche secondo il modello della Life History Theory.
E' stato inoltre avviato il 3 giugno 2024 il corso di formazione online obbligatorio per gestori e personale operante nelle sale da gioco. La formazione si svolge online su piattaforma dedicata, e prevede la durata di quattro ore (due ore e mezza individualmente attraverso la visione di brevi moduli FAD e un'ora e mezza in piccoli gruppi in live streaming con un professionista socio-sanitario). Al termine viene rilasciato dalla Regione del Veneto un attestato di partecipazione valido ai fini dell'assolvimento dell'obbligo formativo.
E' stata predisposta l'App "Chiama&Vinci", attraverso cui vengono promossi la prevenzione e la sensibilizzazione con percorsi di supporto e di cura, favorendo il benessere personale ed il rafforzamento delle life skills. Oltre all'applicazione, l'Azienda ULSS n. 3 Serenissima ha realizzato un sito internet dedicato (https://gap.aulss3.veneto.it/).
E' stata inoltre avviata la sperimentazione della Stimolazione Magnetica Transcranica Ripetitiva (rTMS) presso l'Azienda ULSS n. 6 Euganea.
Altre esperienze sono state attivate o sono in corso di elaborazione con riguardo al counselling on line ed attività di "Mindfulness" presso diverse Aziende.
E' inoltre in corso di realizzazione uno studio sperimentale che si avvale della realtà aumentata per realizzare un setting virtuale sul gioco d'azzardo che simula, senza conseguenze negative, le situazioni reali del giocatore.
Il Progetto LoL - Lab on Life dell'Azienda ULSS 6 è dedicato agli studenti di classe quarta delle Scuole Secondarie di secondo grado e ai loro insegnanti, con attività distinte in tre laboratori: la stanza della gamblification, per accrescere la consapevolezza rispetto alle azioni di promozione del gioco d'azzardo presenti nella nostra società e, in particolare, nei videogiochi; la stanza del corpo, in cui si integra l'esperienza digitale con quella corporea attraverso pratiche di consapevolezza corporea, emotiva, cognitiva e del respiro; la stanza della realtà virtuale aumentata e biosensoristica.

Nota Metodologica

I dati vengono forniti dalle Aziende ULSS del Veneto e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Figura 31.2.1 Importo complessivo giocato nella Regione del Veneto nel periodo 2020-2024. Fonte: Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

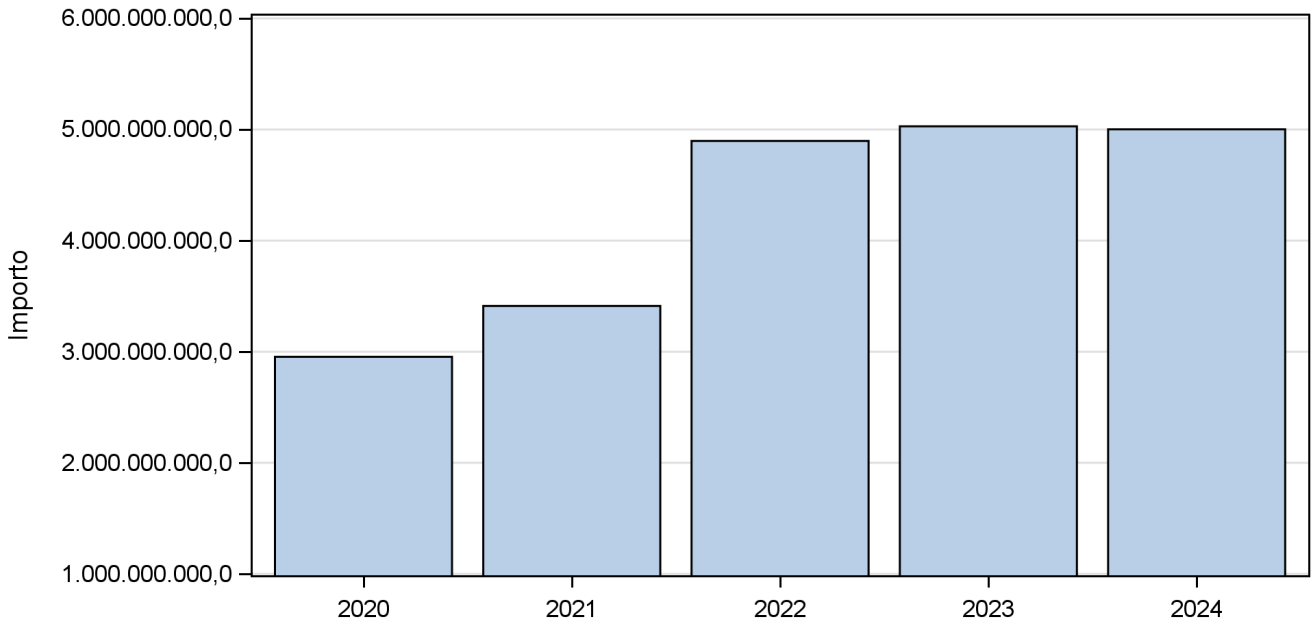


Figura 31.2.2 Disturbo da Gioco d'Azzardo: utenti nel Veneto 2016-2024. Fonte: Aziende ULSS e AOUI Verona

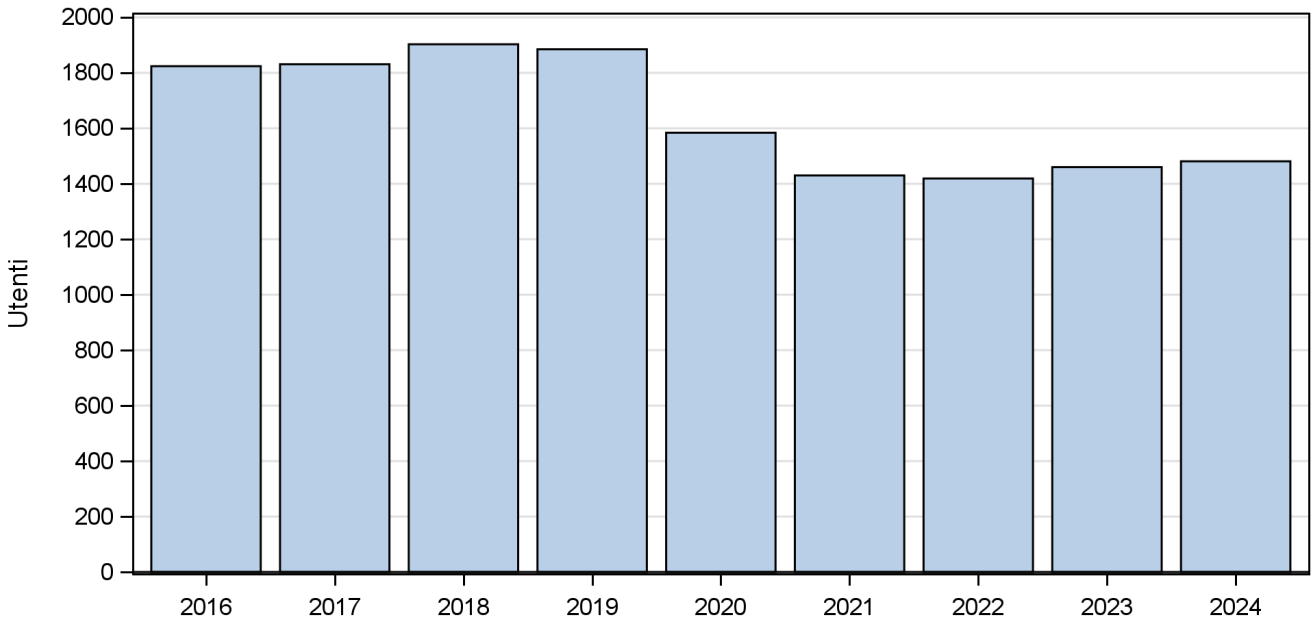
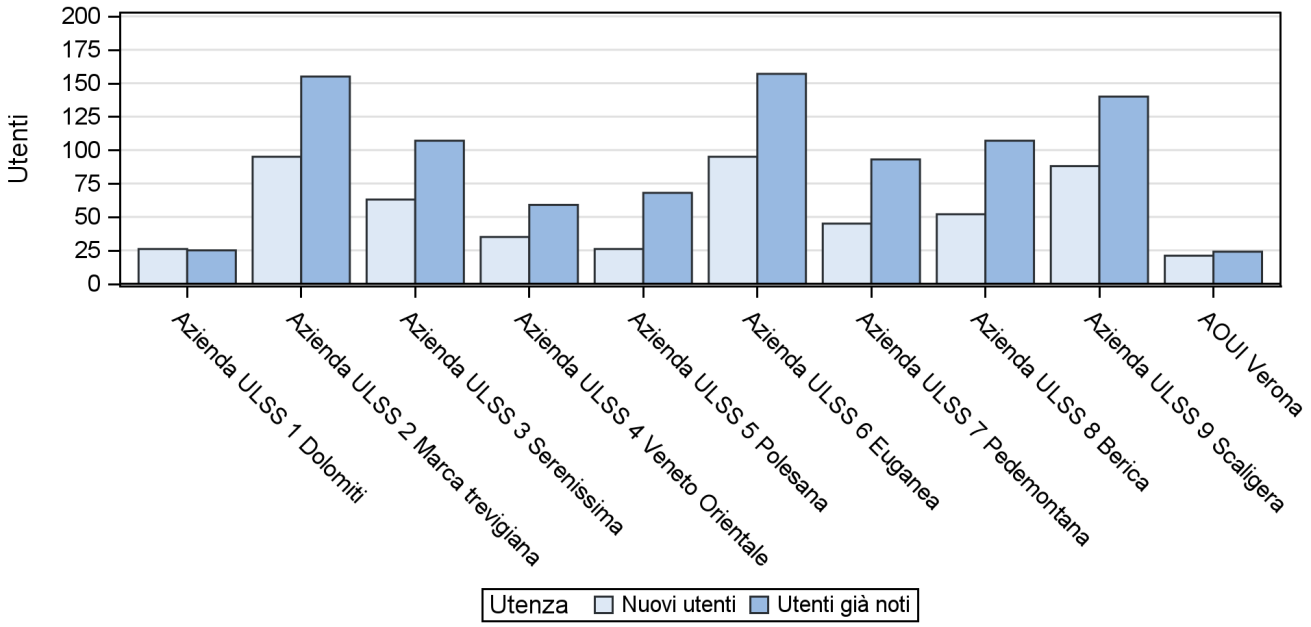


Figura 31.2.3 Utenti seguiti per i Disturbi da Gioco d'Azzardo, distinti se utenti nuovi o già noti, Veneto, 2024. Fonte: Aziende ULSS e AOUI Verona



Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali Unità Organizzativa Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità ed Inclusione Sociale E.Q. Dipendenze

Rio Novo Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

e-mail: servizi.sociali@regione.veneto.it

Telefono 041/2791445

Aree di intervento

32. Consultori familiari

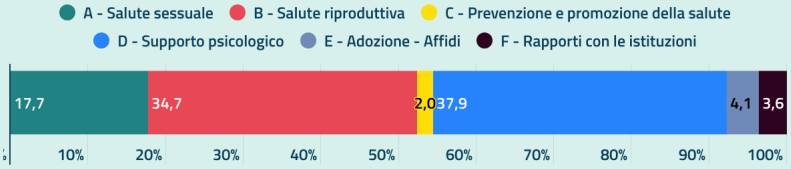
CONSULTORI FAMILIARI

6 aree principali:
- Salute sessuale
- Salute riproduttiva
- Prevenzione e promozione salute
- Supporto psicologico
- Adozione e affidi
- Rapporti con le istituzioni

Prestazioni medie ogni 100 residenti
16,0

Residenti medi per consultorio
45.776

Distribuzione % delle prestazioni erogate, per area di attività



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

La Regione del Veneto persegue la realizzazione di una politica organica ed integrata di sostegno alla persona, alla coppia, alla famiglia e alla genitorialità, riconoscendo soggetti di diritto a pieno titolo anche i minori d'età. All'interno di questa politica, i Consultori Familiari (CF) rappresentano uno degli strumenti di intervento più importanti.
L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), da un'attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione (anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione), nonché dalla capacità di realizzare programmi di promozione della salute e di assistenza volti allo sviluppo della consapevolezza delle persone e delle comunità. Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione (che avviene a tutti i livelli) e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi. Tale principio è evidente sia all'interno del CF, che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF, infatti, svolge la sua attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute mentale (ad es., pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).
Le figure professionali che possono operare nel CF sono:l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo/psicoterapeuta, l'assistente sociale, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario (ad es. il pedagogista, l'educatore professionale con funzioni socio-sanitarie, il personale amministrativo, il mediatore linguistico-culturale, il mediatore familiare, il terapista della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva - TNPEE, il tecnico della riabilitazione psichiatrica - TeRP, l'assistente sanitario e l'avvocato).
La Figura 32.1 mostra il numero medio di residenti per CF per Azienda ULSS. L'indicatore, calcolato come rapporto tra la popolazione residente nell'area territoriale di competenza e il numero di strutture con attività consultoriale attive nell'anno 2024, esprime il numero medio di residenti serviti da un singolo CF e rappresenta una misura della diffusione territoriale dei CF. Inoltre, come è possibile evincere dalla Figura 32.2, dove viene mostrato il numero di prestazioni per 100 residenti, la media regionale si attesta a 16 prestazioni ogni 100 residenti. A livello regionale, come mostrato nella Figura 32.3, le prestazioni si concentrano principalmente su due aree:
- Salute riproduttiva (area B), che rappresenta il 34,7% del totale regionale, con valori particolarmente elevati in ULSS 8 Berica (54,1%), ULSS 3 Serenissima (51,9%), ULSS 9 Scaligera (42,3%), ULSS 7 Pedemontana (41,8%) e ULSS 2 Marca Trevigiana (40,0%).
- Supporto psicologico (area D) rappresenta il 37,9% del totale regionale, con un valore particolarmente elevato in ULSS 1 Dolomiti (86,9%).
L'area della salute sessuale (area A) è prevalente nell'ULSS 6 Euganea (61,2%) seguita dall'ULSS 5 Polesana (40,9%), mentre risulta residuale nelle altre ULSS. Le restanti aree - C (prevenzione e promozione della salute), E (adozione e affidi) e F (rapporti con le istituzioni) - presentano valori generalmente contenuti (sotto il 10%), con l'eccezione dell'ULSS 9 Scaligera

dove l'area F raggiunge il 20% delle prestazioni. Questa eterogeneità territoriale evidenzia differenze rilevanti nell'organizzazione dei servizi consultoriali tra le ULSS, con alcuni territori fortemente specializzati in specifiche aree di intervento.

Nota Metodologica

Figura 32.2 e Figura 32.3: nell'analisi sono state incluse le informazioni relative a singoli assistiti, coppie, nuclei familiari e piccoli gruppi. Sono stati invece esclusi gli utenti afferenti a prestazioni erogate a grandi gruppi, in quanto si riscontra una disomogeneità territoriale nella completezza e qualità dei dati disponibili per tale tipologia di utenza.

Figura 32.1 Numero medio di residenti per CF per Azienda ULSS. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati SICOF).

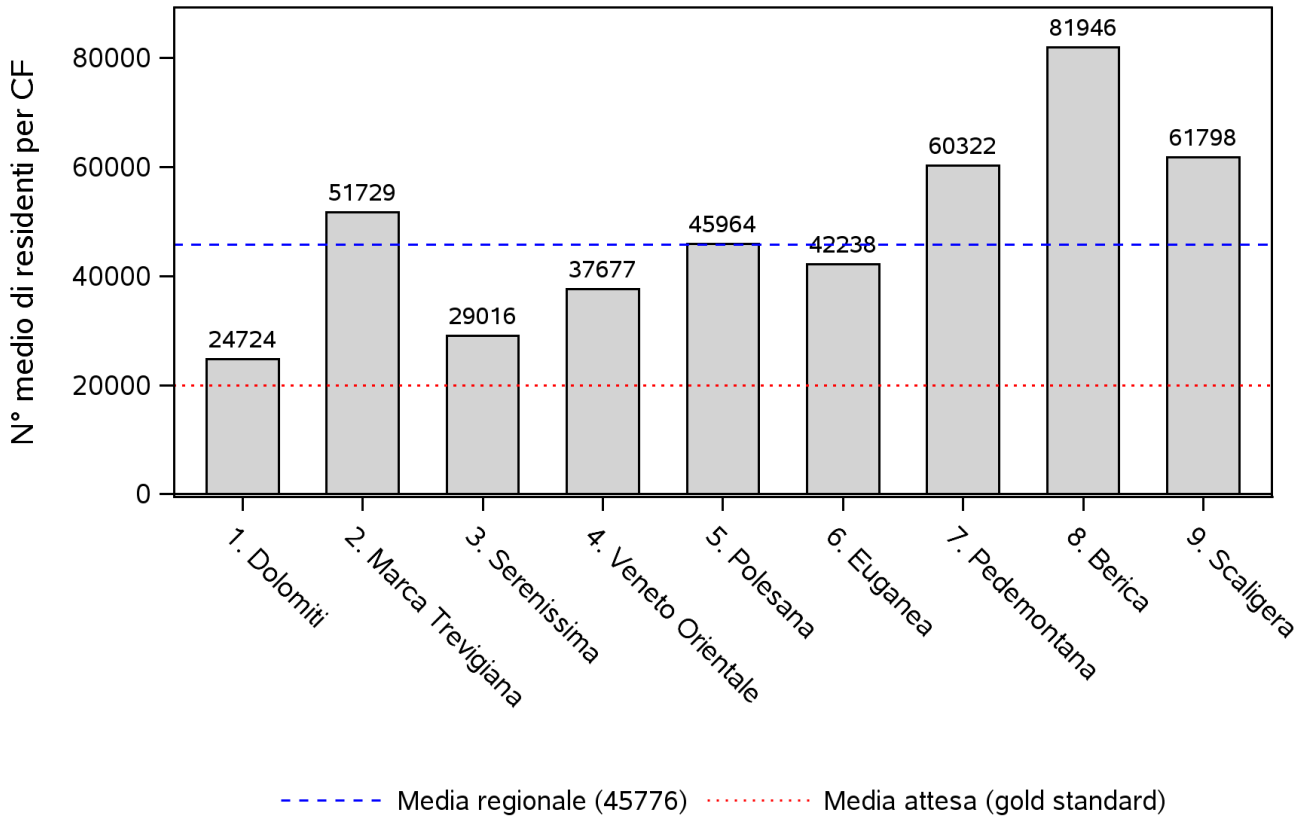


Figura 32.2 Numero medio di prestazioni per 100 residenti per Azienda ULSS. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati SICOF).

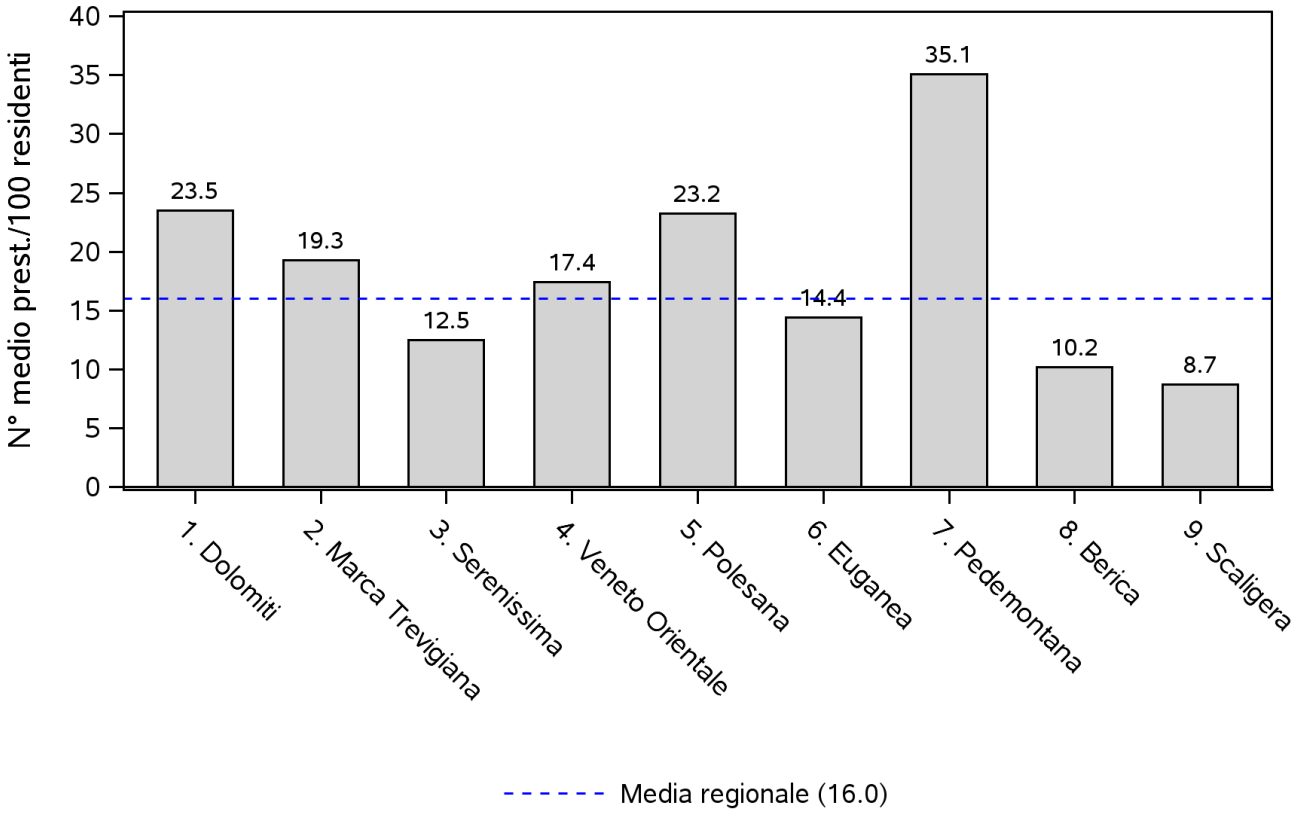
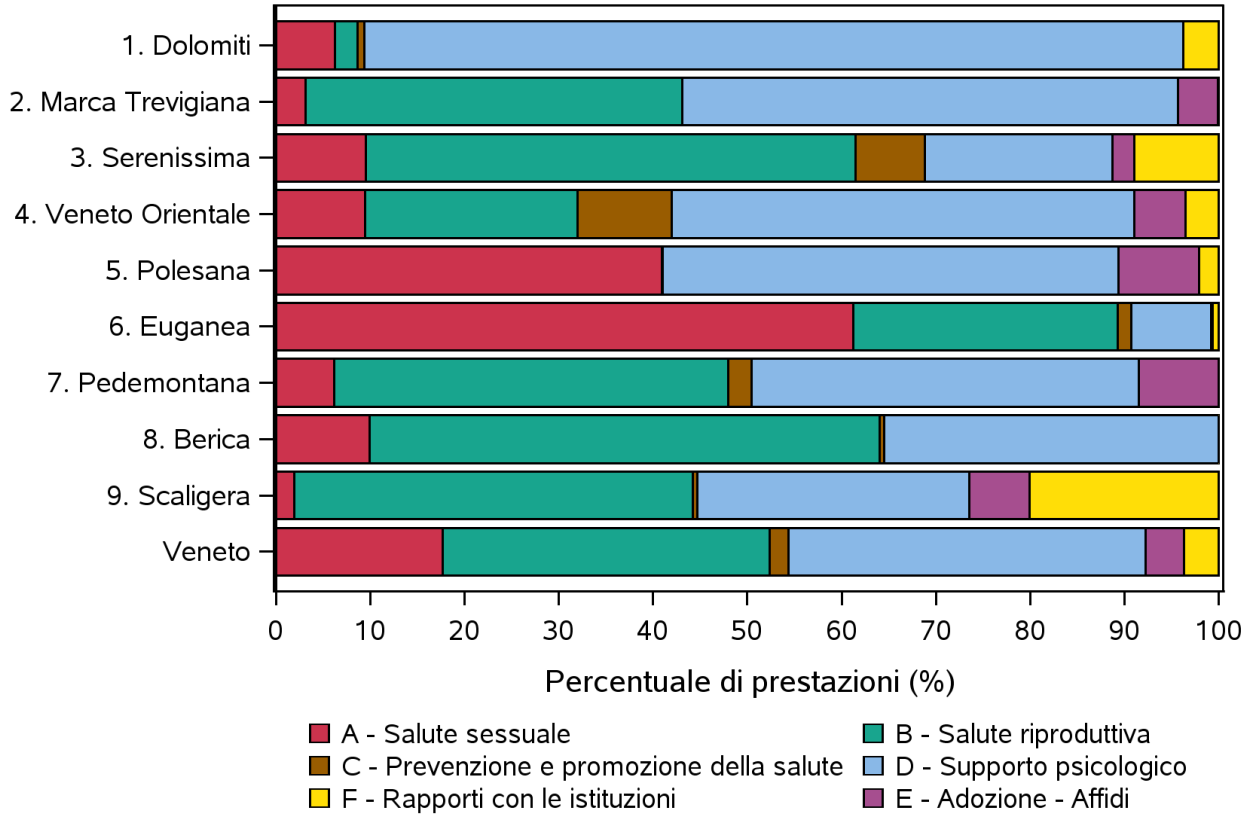


Figura 32.3 Distribuzione percentuale delle prestazioni erogate per area di attività per Azienda ULSS. Veneto, anno 2024 (Fonte: SER su dati SICOF)



Per maggiori informazioni

Regione del Veneto - Area Sanità e Sociale

Direzione Servizi Sociali - Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia

famigliaminorigiovani@regione.veneto.it

041 2791403

Aree di intervento

33. Coordinamento regionale per le attività oncologiche - CRAO

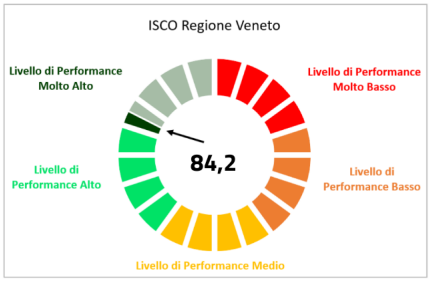
CONTENUTI

- 33.1 Riferimenti normativi e supporto alla Regione Veneto
- 33.2 PDTA, Gruppi Oncologici Multidisciplinari e Molecular Tumour Board

Coordinamento regionale per le attività oncologiche – CRAO

Il CRAO è istituito con la DGR n. 1711 del 30 dicembre 2022

- Articolazione in Poli Oncologici di riferimento; Dipartimenti di Oncologia Clinica; Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)
- Sviluppo di oltre 20 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per vari tipi di tumore
- Identificazione centri di eccellenza regionali per specifiche patologie oncologiche
- Molecular Tumor Board (MTB): profilazione molecolare dei tumori
- Livello elevato di performance secondo Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali



Livello di performance complessivo Indice Sintetico Complessivo (ISCO), anno 2024

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Approfondimenti

Rete Oncologica del Veneto (ROV)

https://salute.regione.veneto.it/rete-oncologica-veneta-%28rov%29

Per maggiori informazioni

Coordinamento Regionale per le Attività Oncologiche (CRAO) - Regione del Veneto

Piazza G. Salvemini 13, 35131 Padova

crao@iov.veneto.it

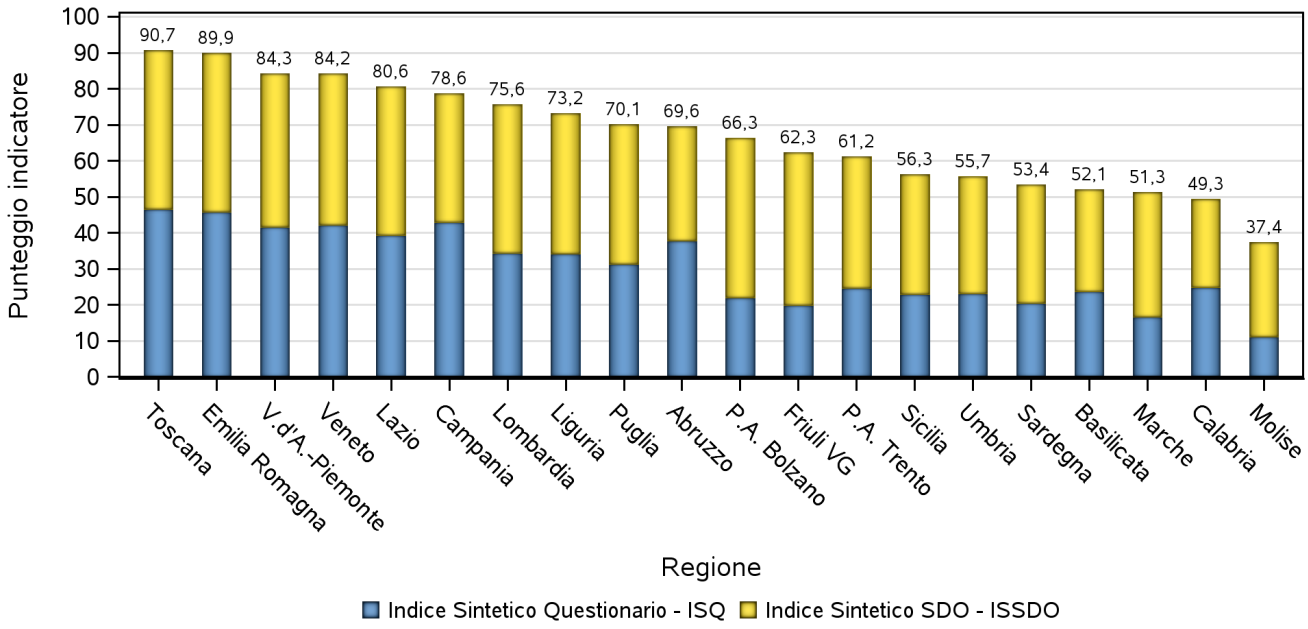
049 8215190

33.1 Riferimenti normativi e supporto alla Regione Veneto

Con DGR 2067/13, il Veneto ha istituito la Rete Oncologica del Veneto (ROV). Il modello di riferimento al quale la ROV si ispira, in conformità a quanto previsto dal Piano Oncologico Nazionale (PON), è quello di un network assistenziale conforme alle reti Hub and Spoke. Successivamente, con DGR 1711 del 30/12/22, è stato introdotto un nuovo modello organizzativo per le attività oncologiche con l'istituzione del Coordinamento regionale per le attività oncologiche (CRAO), facente capo alla Direzione Programmazione Sanitaria, che mantiene l'articolazione della ROV in: Poli Oncologici di riferimento, Dipartimenti di Oncologia Clinica, Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), come previsto dalla DGR 2067/13. L'istituzione del CRAO si è rivelata strategica, tenuto conto dell'impatto delle patologie oncologiche sulla popolazione e della complessità dei processi di cura, i cui presupposti risiedono nella multidisciplinarità e nell'integrazione a tutti i livelli: istituzionale, infrastrutturale, organizzativo, informativo e professionale.
Con l'adozione della DGR 792/24, il CRAO ha ampliato la composizione del Comitato Consultivo (Advisory Board), includendo nuove professionalità: chirurghi, anatomopatologi, medici nucleari, radioterapisti, medici di medicina generale, operatori delle cure primarie, esperti in ambito di screening. Nel 2024 il CRAO ha operato in forte sinergia con la programmazione sanitaria regionale, grazie alla definizione del piano di attività per il biennio 2024-25, approvato con decreto del Direttore Area Sanità e Sociale 69/24, avente come obiettivo la promozione di una gestione trasparente e coordinata delle attività di rete, in conformità con la programmazione regionale e gli indirizzi del PON.
La sinergia tra CRAO e programmazione regionale si è ulteriormente rafforzata grazie al contributo del Coordinamento nel monitoraggio degli obiettivi di salute oncologici assegnati ai Direttori Generali per il 2024 con DGR 1682/23. Dei 121 obiettivi assegnati, 34 sono di ambito oncologico. L'obiettivo del CRAO è organizzare momenti di confronto con i direttori dei Dipartimenti oncologici, al fine di condividere proposte di miglioramento e promuovere il raggiungimento degli obiettivi.
In aggiunta, il CRAO è attivamente coinvolto nel coordinamento di 3 progetti chiave finanziati dal PON. Al Veneto sono stati assegnati 4.206.540 euro per gli anni 2023-27. In accordo con la Direzione Prevenzione, con DGR 273/24 sono stati assegnati al CRAO 2,4 milioni €, che rappresentano il 57% del finanziamento complessivo. I progetti sono focalizzati sul percorso del paziente oncologico e includono l'implementazione di punti di accoglienza all'interno della rete, lo sviluppo di attività di telemedicina e telefarmacia e la definizione di un percorso strutturato per la Second Opinion. Essi nascono dalla consapevolezza che i pazienti oncologici richiedono una presa in carico globale, attraverso un sistema assistenziale integrato tra ospedale e territorio. Questi progetti sono strettamente integrati e presentano punti di contatto significativi con le iniziative della Missione 6 del PNRR.
L'implementazione delle Reti Oncologiche a livello regionale è misurata dall'Osservatorio per il Monitoraggio delle Reti Oncologiche Regionali (ROR), istituito presso AGENAS per misurare le performance, favorire il confronto e mettere a fattor comune le migliori esperienze. Dagli esiti dell'indagine 2024 sullo stato di attuazione delle ROR (Figura 33.1.1) sulla base di un

questionario autodichiarato dalle Regioni e una serie di indicatori riguardanti le principali sedi tumorali (mammella, colon, retto, polmone, prostata, ovaio, utero), emerge una performance molto elevata tra meccanismi di governance e linee organizzative. I principali ambiti considerati riguardano la presa in carico da strutture della rete, l'indice di fuga fuori Regione e i tempi di attesa.

Figura 33.1.1 Livello di performance ROR, per Regione/P.A. VI° Indagine Nazionale, anno 2024



Per maggiori informazioni

Coordinamento Regionale per le Attività Oncologiche (CRAO) - Regione del Veneto

Piazza G. Salvemini 13, 35131 Padova

crao@iov.veneto.it

049 8215190

33.2 PDTA, Gruppi Oncologici Multidisciplinari e Molecular Tumour Board

Uno dei pilastri dell'attività del CRAO è l'aggiornamento dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali. A questo riguardo per il biennio 2024-2025 è stato pianificato l'aggiornamento di 17 PDTA oncologici. Lo sviluppo e l'adozione dei PDTA per i vari tipi di tumore ha garantito nel tempo omogeneità delle cure, qualità e sicurezza del paziente attraverso la condivisione in gruppi multidisciplinari. La rete oncologica ha inoltre il compito di identificare i centri di eccellenza regionali per specifiche patologie oncologiche, tenendo conto dei volumi minimi di attività a garanzia della sicurezza dei pazienti.
A supporto di queste attività ad inizio 2024 il CRAO ha redatto un documento, approvato con decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n.82/2024, che definisce le linee di indirizzo regionali per la redazione dei PDTA e l'individuazione dei centri di riferimento per patologia oncologica. Tale documento delinea inoltre i requisiti essenziali per la corretta contestualizzazione dei PDTA a livello aziendale, affinché possano essere adattati alle specificità organizzative delle singole realtà locali. In tale ambito il CRAO, in collaborazione con Azienda Zero, ha attivato uno stretto monitoraggio del livello di contestualizzazione aziendale dei PDTA regionali. E' infatti fondamentale che tali percorsi vengano calati nel contesto delle singole aziende sanitarie per arrivare a definire con precisione i percorsi di cura, gli snodi organizzativi e le Unità Operative coinvolte.
In attesa di ricevere i dati relativi al 2024 sul numero di Aziende Sanitarie che hanno contestualizzato gli ultimi PDTA decretati, si è tenuto un incontro con tutti i referenti aziendali coinvolti nella contestualizzazione dei PDTA. L'obiettivo dell'incontro è stato garantire l'adeguatezza dei percorsi secondo quanto previsto dal Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 82 del 23 maggio 2024, relativo alle "Linee di indirizzo per i PDTA e la definizione dei Centri di Riferimento per la patologia oncologica della Regione del Veneto".
Il CRAO ha inoltre condotto una indagine sul funzionamento della rete per l'anno 2024, evidenziando un ruolo molto attivo dei Gruppi Oncologici Multisciplinari (GOM): con un totale di 129 GOM attivi.
Negli ultimi anni la profilazione molecolare con possibilità di accedere a terapie collegate ad alterazioni molecolari, che necessitano quindi di test in grado di individuarle, rappresenta una delle innovazioni più importanti in oncologia. Per tale necessità, tra le attività innovative nell'ambito del CRAO, è stato istituito il Molecular Tumor Board (MTB) regionale (DGR 926 del 5 luglio 2021 e aggiornamento con DGR n.1544 del 12 dicembre 2023), un gruppo di lavoro multidisciplinare regionale destinato a essere il punto di riferimento primario per gli Ospedali pubblici e privati della Regione Veneto. Il MTB svolge le sue attività sulla base delle richieste formulate dai GOM, stabilendo l'eleggibilità dei pazienti alla profilazione genomica, alla definizione dei test biomolecolari da eseguire, alla interpretazione del profilo genomico del tumore e alla raccomandazione terapeutica.
Nello specifico nel 2024 il MTB ha condotto n. 37 riunioni, con discussione di 56 casi clinici.

Per maggiori informazioni

Coordinamento Regionale per le Attività Oncologiche (CRAO) - Regione del Veneto

Piazza G. Salvemini 13, 35131 Padova

crao@iov.veneto.it

049 8215190

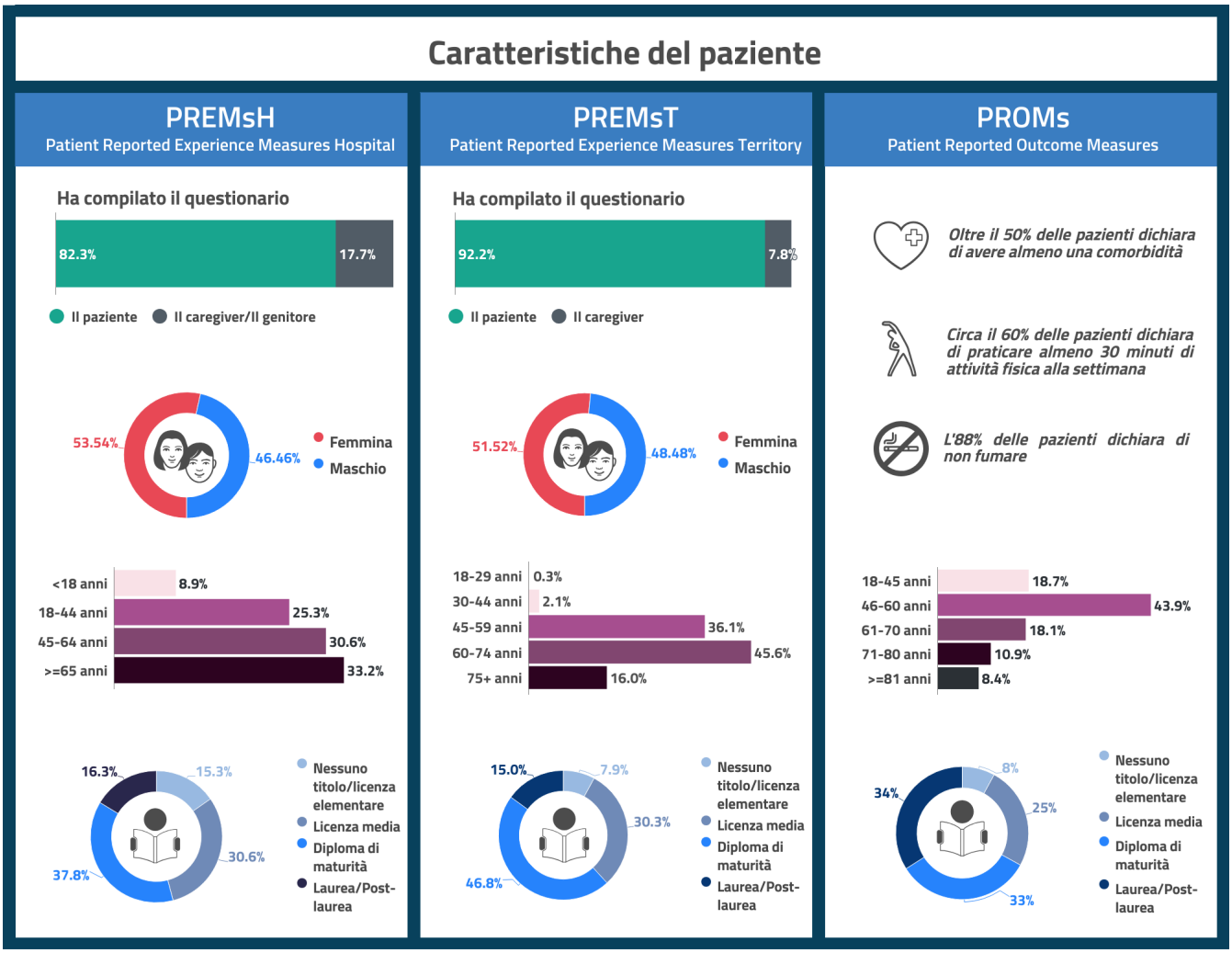
Aree di intervento

34. “La tua voce per una sanità migliore”: clima organizzativo ed esperienza del paziente

CONTENUTI

- 34.1 Patient Reported Experience Measures (PREMs) - Indagine sull'esperienza del ricovero ospedaliero
- 34.2 Patient Reported Experience Measures (PREMs) Territorio e cronicità - Indagine sull’esperienza e gli esiti dei pazienti cronici
- 34.3 Patient Reported Outcome Measures (PROMs) - Indagine sull'esperienza delle pazienti nel percorso di cura del tumore maligno al seno

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

34.1 Patient Reported Experience Measures (PREMs) - Indagine sull'esperienza del ricovero ospedaliero

La Regione Veneto con DGR n. 49/2022 ha dato avvio al "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)" allo scopo di promuovere ed implementare la valutazione dei servizi sanitari regionali tenendo conto di più punti di vista.
Per dare seguito a tale DGR è nata la campagna di comunicazione “La tua voce per una sanità migliore” che racchiude un insieme di progetti di qualità percepita per pazienti e professionisti del Sistema Sanitario Regionale che hanno la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità, riconoscendo alle persone il ruolo di attori attivi del sistema.
L’indagine Patient Reported Experience Measures- PREMs, si inserisce nella campagna “La tua voce per una sanità migliore” ed ha la finalità di conoscere il punto di vista dei pazienti sull’esperienza vissuta durante il ricovero ordinario. Il progetto è attivo in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Veneto.
Il questionario somministrato ai pazienti nell’ambito dell’Osservatorio PREMs è aderente al processo organizzativo, segue il percorso del paziente nelle varie fasi dell’ospedalizzazione, dall’accesso alle dimissioni, aiutandolo a ricostruire e, quindi, a descrivere gli aspetti che hanno caratterizzato le varie fasi del suo ricovero. E’ composto complessivamente da 32 domande formulate sia secondo lo stile reporting, che permette di rilevare eventi o aspetti puntuali vissuti dal paziente durante il ricovero, sia rating, nel caso sia richiesto di esprimere delle valutazioni. Ciascuna domanda è catalogata all’interno di una delle seguenti dimensioni: aspetti generali, aspetti relazionali, aspetti tecnico-professionali, aspetti comunicativi, aspetti organizzativi, aspetti strutturali. Vi sono inoltre cinque domande che prevedono delle risposte aperte mediante le quali i pazienti possono raccontare la loro esperienza, mettendo in evidenza gli aspetti del ricovero che ritengono più significativi.
Nel 2024 sono stati completati circa 58.400 questionari con un tasso di adesione regionale (adesioni/dimissioni) del 43,1% e un tasso di risposta regionale (questionari compilati/pazienti contattati) del 37,6%.
Per quanto riguarda l’esperienza di ricovero, si riporta il dato registrato dall’avvio dell’indagine regionale fino al 31/12/2024. L’83% dei questionari è stato compilato dal paziente, con una distribuzione pressoché identica tra maschi e femmine, il 54% risulta avere un titolo di studio superiore alla licenza media e il 56% dei pazienti ha un'età dichiarata compresa tra i 18 e i 64 anni.
All’ammissione il 96% dei rispondenti ha dichiarato di essere stato accolto con gentilezza e cortesia dal personale. Per quanto riguarda le domande relative all’esperienza del ricovero (Figura 34.1.1), si evidenzia come il rapporto con il personale sanitario dal punto di vista del coinvolgimento del paziente, del suo supporto e degli aspetti comunicativi risulti ricevere un giudizio positivo o molto positivo da parte del rispondente generalmente superiore all’83% per quanto riguarda infermieri e medici, leggermente più basso per altro personale nel supporto alle

paure e ansie. Le valutazioni relative alla silenziosità e alla pulizia dei reparti, ricevono invece un giudizio meno positivo, rispettivamente, il 77% dei rispondenti ritiene il reparto silenzioso (molto/moltissimo) e il 49% lo ritiene il pulito (molto/moltissimo).
Al momento della dimissione (Figura 34.1.2), il 91% dei rispondenti dichiara di ricevere informazioni chiare scritte nella lettera di dimissione, mentre l’82% dichiara di ricevere informazioni chiare sui farmaci da prendere a casa.
Come riportato in Figura 34.1.3, relativamente alla valutazione complessiva dell’esperienza vissuta, il 96% dei rispondenti dichiara di aver ricevuto un’assistenza buona/ottima, il 91% raccomanderebbe il reparto di ricovero a conoscenti con lo stesso problema e il 94% valuta buona/ottima la capacità di lavorare insieme del personale medico e infermieristico.

Figura 34.1.1 Rapporto con il personale sanitario, coinvolgimento, supporto al dolore e comunicazione

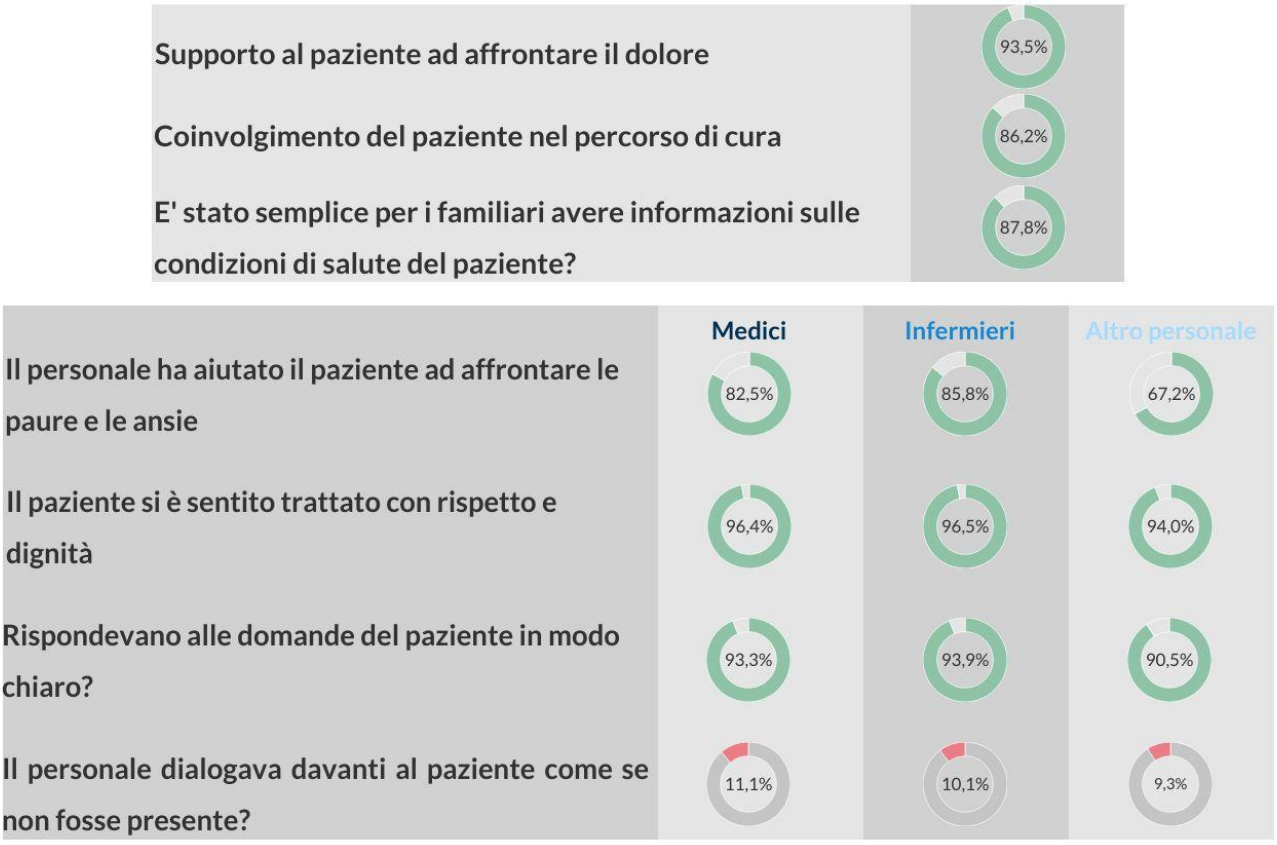


Figura 34.1.2 Chiarezza sulle informazioni ricevute al momento della dimissione

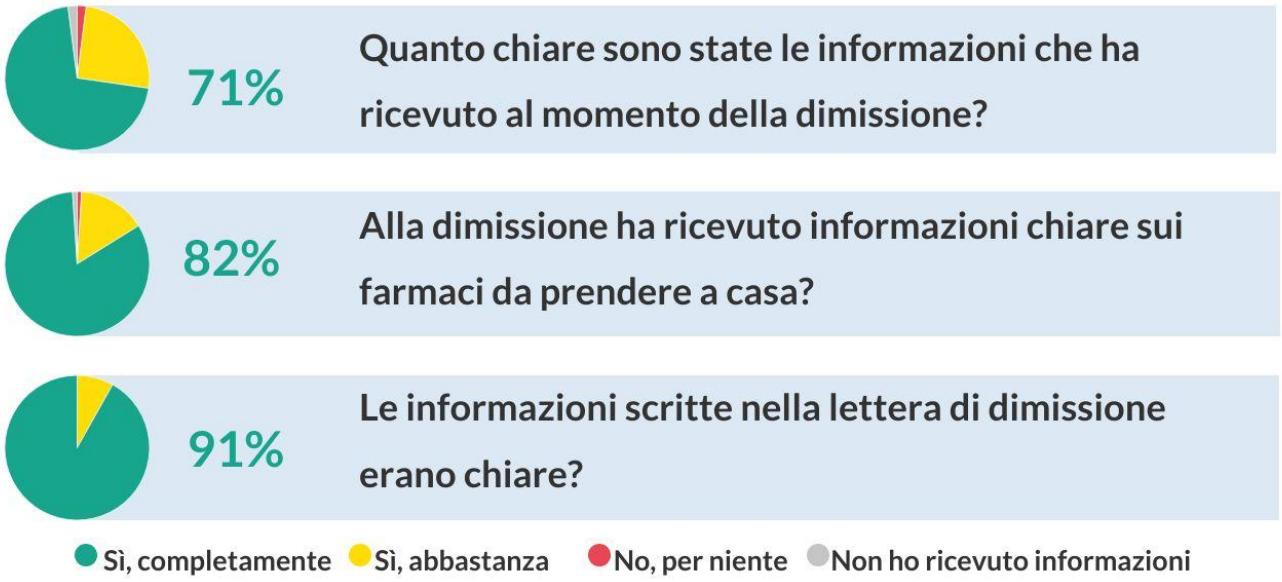
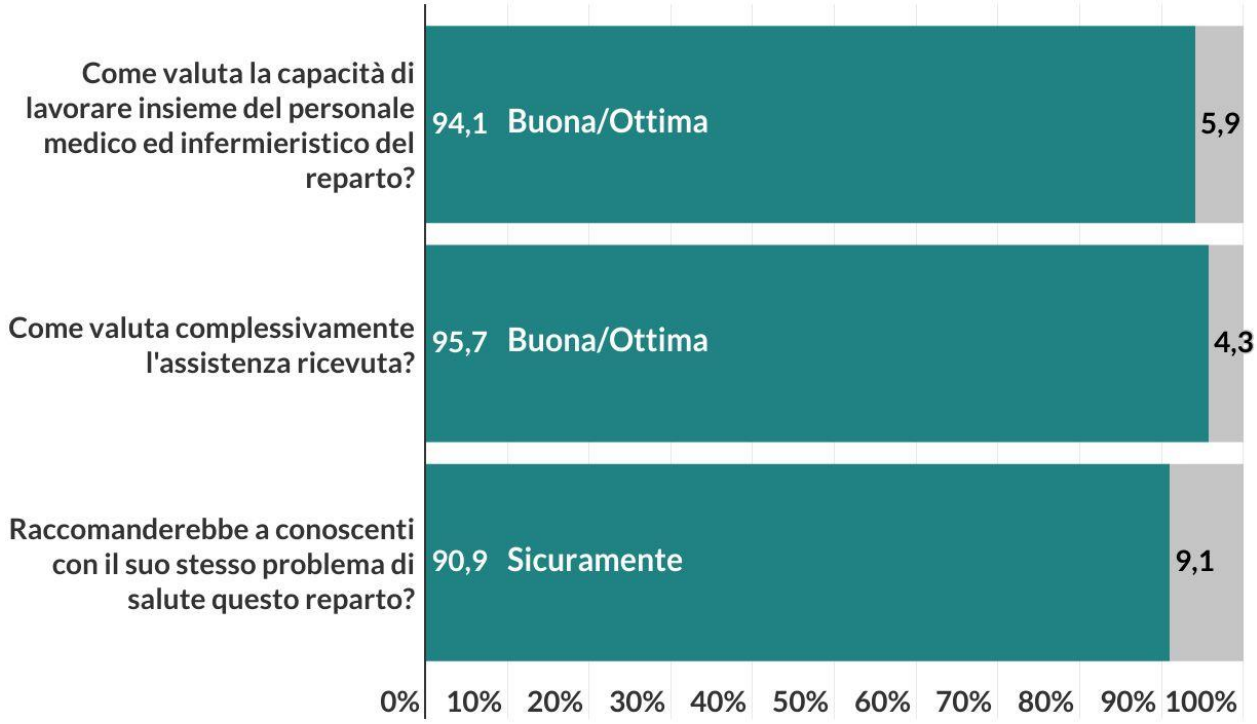


Figura 34.1.3 Valutazione complessiva dell’assistenza ricevuta



Per maggiori informazioni

Gruppo di coordinamento dell'Osservatorio permanente dell'esperienza del paziente e dell'indagine di clima - Azienda Zero Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

esperienza.paziente@azero.veneto.it

049 877 8252

34.2 Patient Reported Experience Measures (PREMs) Territorio e cronicità - Indagine sull’esperienza e gli esiti dei pazienti cronici

L'indagine PREMs Territorio e cronicità (PREMsT) è il proseguimento della partecipazione delle Aziende ULSS della Regione del Veneto al progetto internazionale “Indagine sull’esperienza e sugli esiti dei pazienti cronici PaRIS – Patient-Reported Indicator Surveys”, promosso dall’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE/OECD) e patrocinato dal Ministero della Salute. L’indagine PREMsT si inserisce nella campagna “La tua voce per una sanità migliore”, con la finalità di sviluppare ed imple una nuova generazione di indicatori che misurino le esperienze e gli esiti delle cure che interessano i pazienti affetti da condizioni croniche e di migliorare il funzionamento dell’assistenza territoriale, individuando ciò che funziona particolarmente bene e ciò che deve essere migliorato. L’indagine è rivolta ai pazienti cronici di età superiore ai 45 anni, che hanno eseguito una visita specialistica ambulatoriale afferente alle branche: cardiologia, pneumologia, nefrologia, diabetologia. Prevede la compilazione, su base libera, volontaria e facoltativa, di un questionario online che contiene domande inerenti all’esperienza di visita e, più in generale, sull’esperienza di assistenza territoriale (gestione e coordinamento delle cure, valutazione dell’assistenza). Nel 2024 i pazienti aderenti all’indagine che hanno ricevuto il link per la compilazione del questionario sono stati 19.190 e sono stati compilati 5.823 questionari (Figura 34.2.1). I questionari sono stati compilati per la grande maggioranza (88%) dal paziente stesso e 9 rispondenti su 10 dichiarano di soffrire di almeno una condizione cronica; l’età dichiarata è compresa tra i 45 e i 74 anni nell’82% dei casi, il 51% è di sesso femminile e il 16% vive solo. Più del 60% dei rispondenti ha compilato il questionario a seguito di una visita di controllo. Quasi il 95% ritiene sufficiente il tempo trascorso con il professionista sanitario; quasi 2 pazienti su 3 valutano come “molto buona” o “eccellente” la qualità della visita e la quasi totalità dichiara di essere stato trattato con gentilezza e cortesia dal personale sanitario e amministrativo (Figura 34.2.2). La maggioranza dei rispondenti si dichiara “abbastanza sicuro” di poter gestire la propria salute e il proprio benessere, mentre circa il 12% si dichiara “per niente sicuro” di saperlo fare. Per quanto riguarda il sentirsi sicuri di saper seguire le istruzioni ricevute dai professionisti sanitari su come curarsi a casa, la netta maggioranza (57,6%) si dichiara “sicuro” o “molto sicuro”, mentre solo il 4,6% si dichiara “per niente sicuro”. Il 31% dei rispondenti dichiara che gli vengono proposte visite di controllo ogni 6 mesi, il 38% ogni 12 mesi (Figura 34.2.3). Il 53% dei rispondenti dichiara di occuparsi autonomamente del coordinamento delle proprie cure nei diversi servizi di assistenza territoriale, un 11% dichiara che nessuno se ne occupa. Più di 2 pazienti su 3 dichiarano di non dover quasi mai ripetere le stesse informazioni ai professionisti a cui si rivolgono e quasi 9 su 10 dichiarano di non aver quasi mai riscontrato problemi di comunicazione tra professionisti sanitari. Più di 1 paziente su 4 dichiara di assumere almeno 5 diversi medicinali e oltre i due terzi dei rispondenti, nell’ultimo anno, dichiarano di aver controllato con un professionista sanitario tutti i medicinali che utilizzano. Circa la metà dei rispondenti dichiara di rivolgersi al proprio medico di medicina generale per la maggior parte dei propri problemi di salute; poco più di un quarto si rivolge ad un medico specialista. Il 95% dei rispondenti dichiara

di avere fiducia nel proprio professionista di riferimento. Quasi il 90% dei rispondenti si sente considerato come persona e non solo per la sua malattia; l’80% valuta, complessivamente, “eccellente”, “molto buona” o “buona” la qualità delle cure che riceve (Figura 34.2.4).

Figura 34.2.1 Indagine PREMs Territorio e cronicità – Infografica di monitoraggio. Veneto, anno 2024

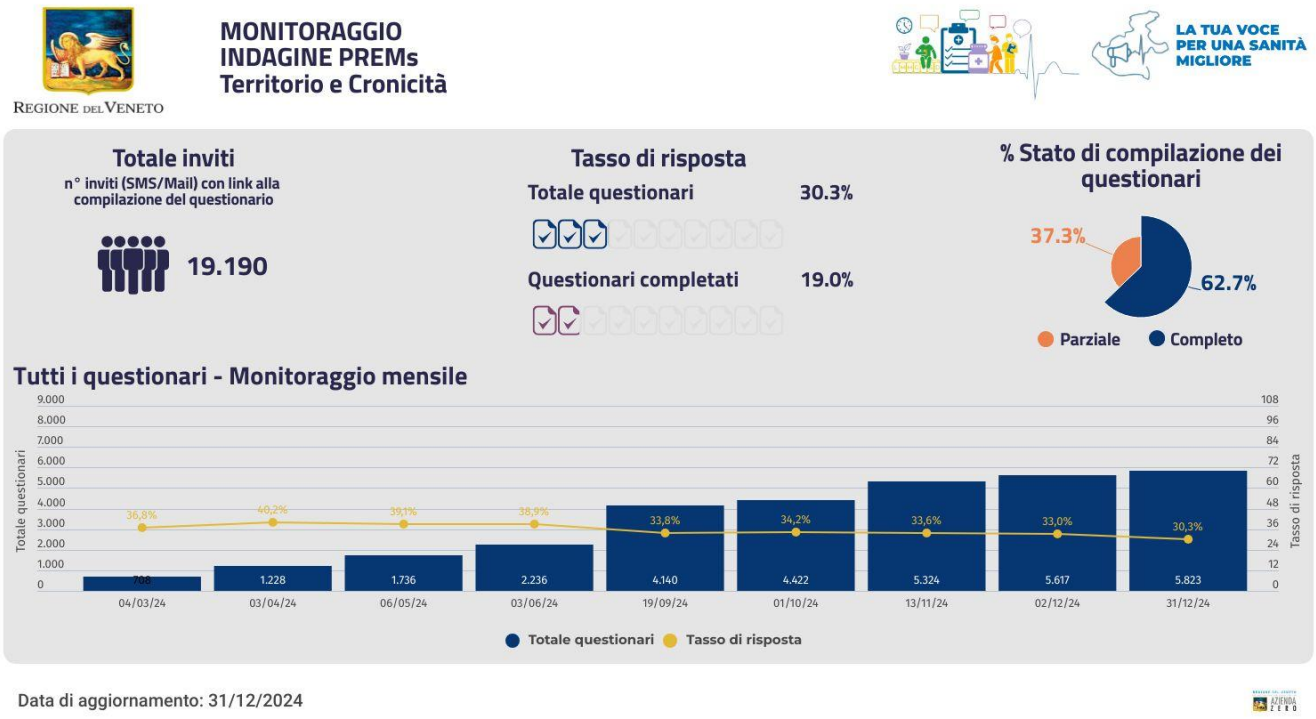


Figura 34.2.2 Indagine PREMs Territorio e cronicità – Esperienza di visita. Veneto, anno 2024

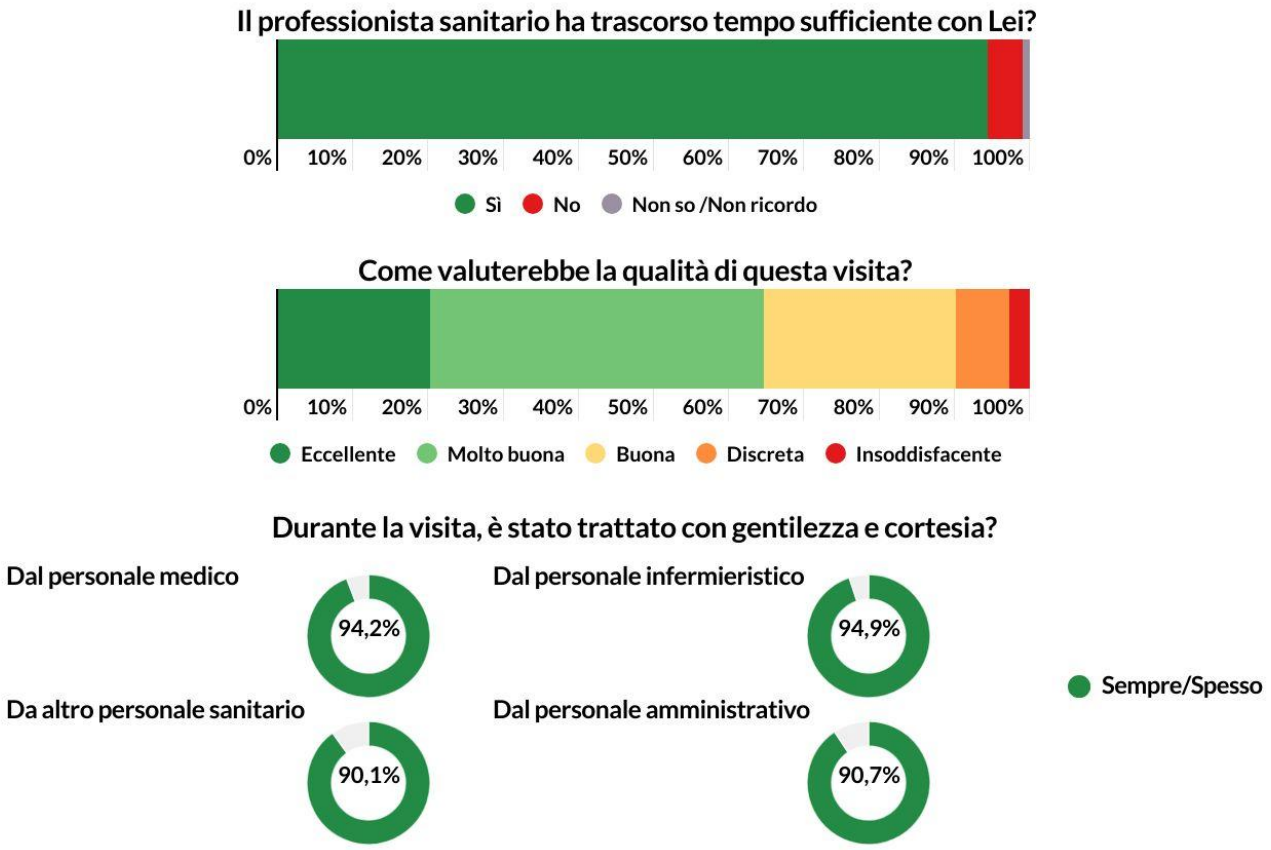


Figura 34.2.3 Indagine PREMs Territorio e cronicità – Gestione della propria salute. Veneto, anno 2024

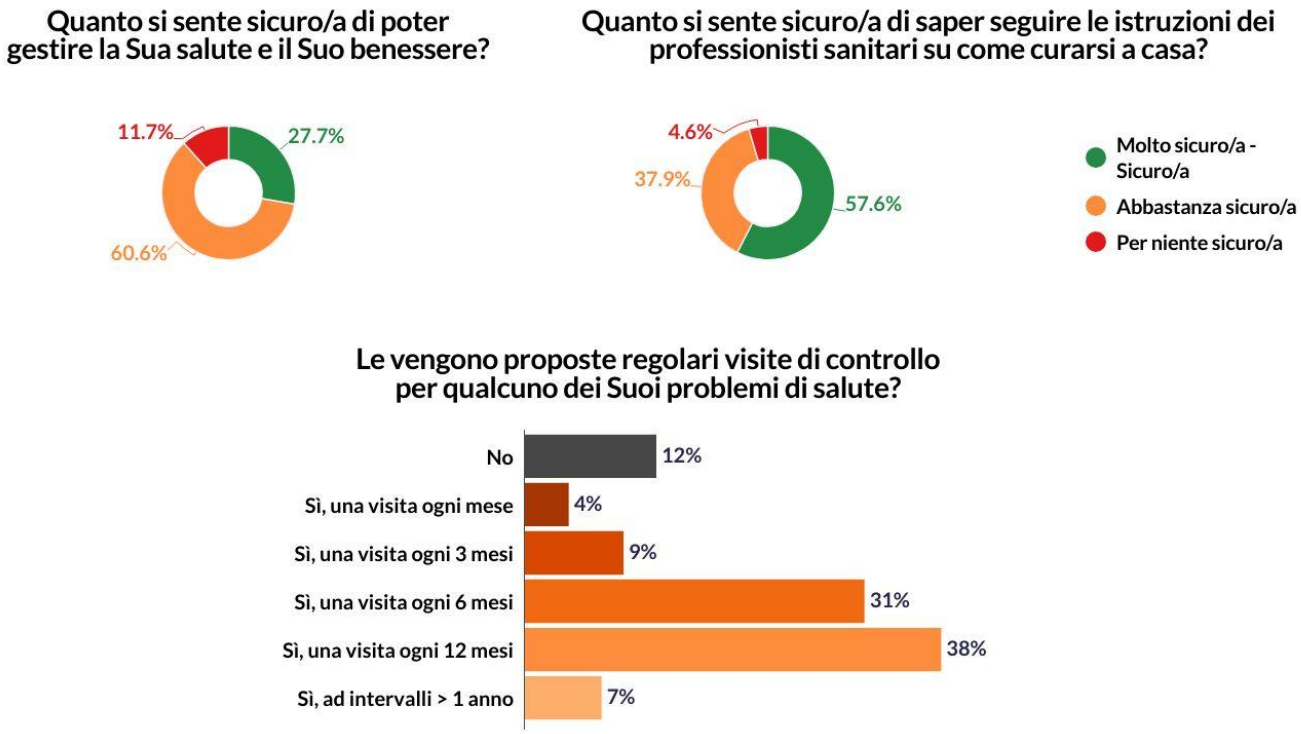
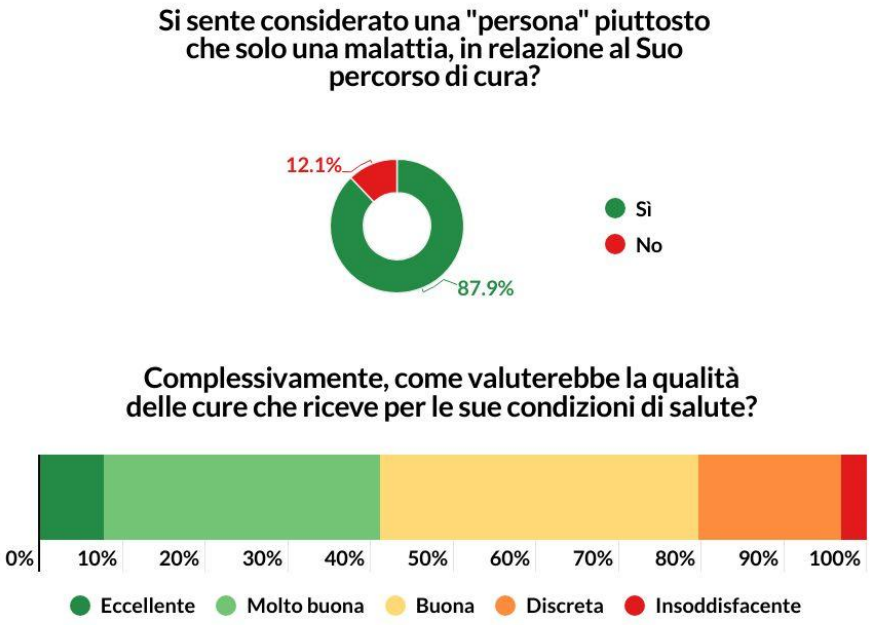


Figura 34.2.4 Indagine PREMs Territorio e cronicità – Valutazione complessiva della qualità delle cure. Veneto, anno 2024



Per maggiori informazioni

Gruppo di coordinamento dell'Osservatorio permanente dell'esperienza del paziente e dell'indagine di clima - Azienda Zero Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

esperienza.paziente@azero.veneto.it

049 877 8252

34.3 Patient Reported Outcome Measures (PROMs) - Indagine sull'esperienza delle pazienti nel percorso di cura del tumore maligno al seno

L’indagine PROMs, rilevazione di “Patient Reported Outcome Measures” presso l’Istituto Oncologico Veneto (IOV) – IRCCS nel percorso delle pazienti con tumore maligno al seno, è partita a livello progettuale a luglio 2022, avviata operativamente a fine febbraio 2023. Le UU.OO. coinvolte in tale indagine, rivolta alle donne sottoposte ad un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella, sono la UOC Chirurgia Senologica 1 (Ospedale Busonera – Padova) e la UOC Chirurgia Senologica 2 (Ospedale S. Giacomo – Castelfranco Veneto). Il coordinamento delle attività è stato affidato allo staff della Direzione Generale dell’Istituto. L’indagine si pone l’obiettivo di misurare sistematicamente gli outcomes riferiti dai pazienti (PROMs) nelle donne sottoposte ad intervento chirurgico per tumore maligno della mammella. La strategia messa in campo ha previsto un arruolamento attraverso un meccanismo di interoperabilità mediante servizi web, che consente al Laboratorio MeS, previa informativa e consenso gestito dagli operatori sanitari dello IOV, di invitare attraverso un sms tutte le pazienti eleggibili alla compilazione dei questionari pre- e post-operatori, seguendo la timeline riportata in Figura 31.4.1.
La rilevazione si integra anche con le valutazioni di esperienza (PREMs) attivate nel 2022 per tutti i pazienti ricoverati presso lo IOV con ricovero ordinario. La raccolta dei dati tramite i questionari permette l’utilizzo dei risultati aggregati, messi a disposizione dei professionisti sanitari e amministrativi e della direzione strategica, a supporto della gestione dei servizi sanitari, del miglioramento della qualità.
Per quanto riguarda i dati di partecipazione, il laboratorio MeS ha sviluppato una piattaforma per supportare il monitoraggio e l’analisi dei dati. Nel frattempo, per verificare l’andamento del progetto, sono stati prodotti dei report.
Tali dati, che comprendono due anni di rendicontazione, hanno evidenziato complessivamente un buon risultato, anche per quanto riguarda il 2024:
- una adesione al progetto pari al 60%, 571 pazienti arruolate a fronte di 954 eleggibili;
- una risposta del 57% al questionario pre-operatorio, 327 pazienti rispondenti a fronte di 571 arruolate;
- una risposta del 76% al questionario post-operatorio a 3 mesi;
- una risposta del 70% al questionario post-operatorio a 12 mesi.

Oltre alle percentuali di partecipazione all’indagine, lo strumento va a delineare un chiaro quadro delle caratteristiche delle pazienti e relativi outcomes.
Ad esempio nel 43% dei casi le pazienti hanno un’età compresa tra i 46 e i 60 anni, il 47% delle pazienti non ha altre comorbidità, nell’85% dei casi è il primo intervento per tumore al seno, nel 91% dei casi non hanno avuto un altro intervento chirurgico al seno nei 3 mesi successivi al primo intervento.
Per quanto riguarda gli outcomes, a 3 mesi dall’intervento, nel 73% dei casi vi è una condizione di miglioramento/stabilità nella soddisfazione con il seno, nel 68% dei casi vi è una condizione di

miglioramento/stabilità nel benessere psico-sociale, nel 41% dei casi vi è una condizione di miglioramento/stabilità nel benessere fisico, nel 51% dei casi vi è una condizione di miglioramento/stabilità nel benessere sessuale.
Grazie ad un confronto costante con i primari di riferimento, in cui sono state analizzate le risposte delle pazienti, sono state evidenziate alcune criticità, intese soprattutto come aspetti passibili di miglioramento. Va sottolineato comunque che la quantità di commenti negativi o critici è piuttosto irrisoria, a fronte di una soddisfazione molto alta delle pazienti. Tra gli spunti utili al miglioramento dei processi, ottenuti dai “commenti aperti” raccolti in questi due anni, vi è ad esempio la creazione di un’informativa per rendere noti i servizi disponibili post intervento, come ad esempio la psicologia e la fisioterapia.

Figura 34.3.1 Timeline di compilazione dei questionari

Per maggiori informazioni

Gruppo di coordinamento dell'Osservatorio permanente dell'esperienza del paziente e dell'indagine di clima - Azienda Zero Regione del Veneto

Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova

esperienza.paziente@azero.veneto.it

049 877 8252

Gestione risorse

35. Un quadro macro economico sulla spesa sanitaria regionale

CONTENUTI

- 35.1 Il “peso” della spesa sanitaria sul bilancio regionale
- 35.2 Il trend dei costi del SSR e la relazione con il livello di finanziamento

SPESA SANITARIA REGIONALE

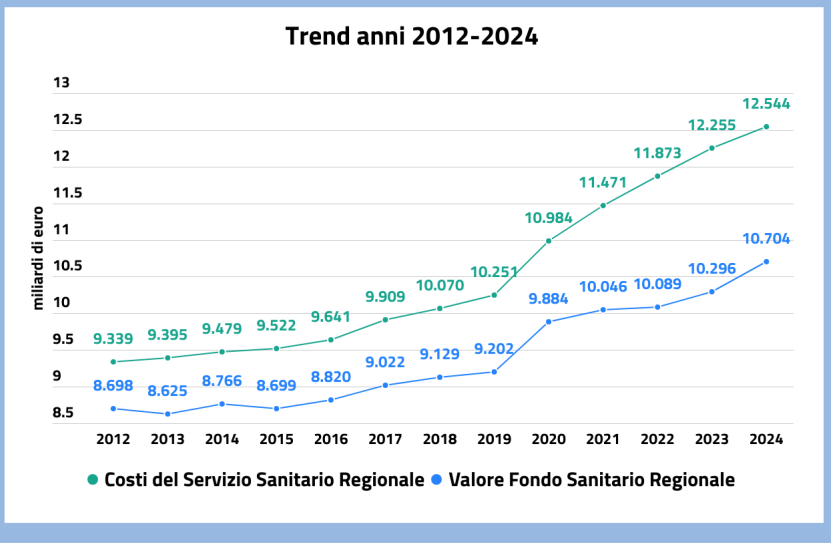
Anno 2024

12,2 miliardi di euro

Impegni di spesa sanitaria del Bilancio regionale Veneto.

80,1%

del totale degli impegni del bilancio regionale Veneto



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

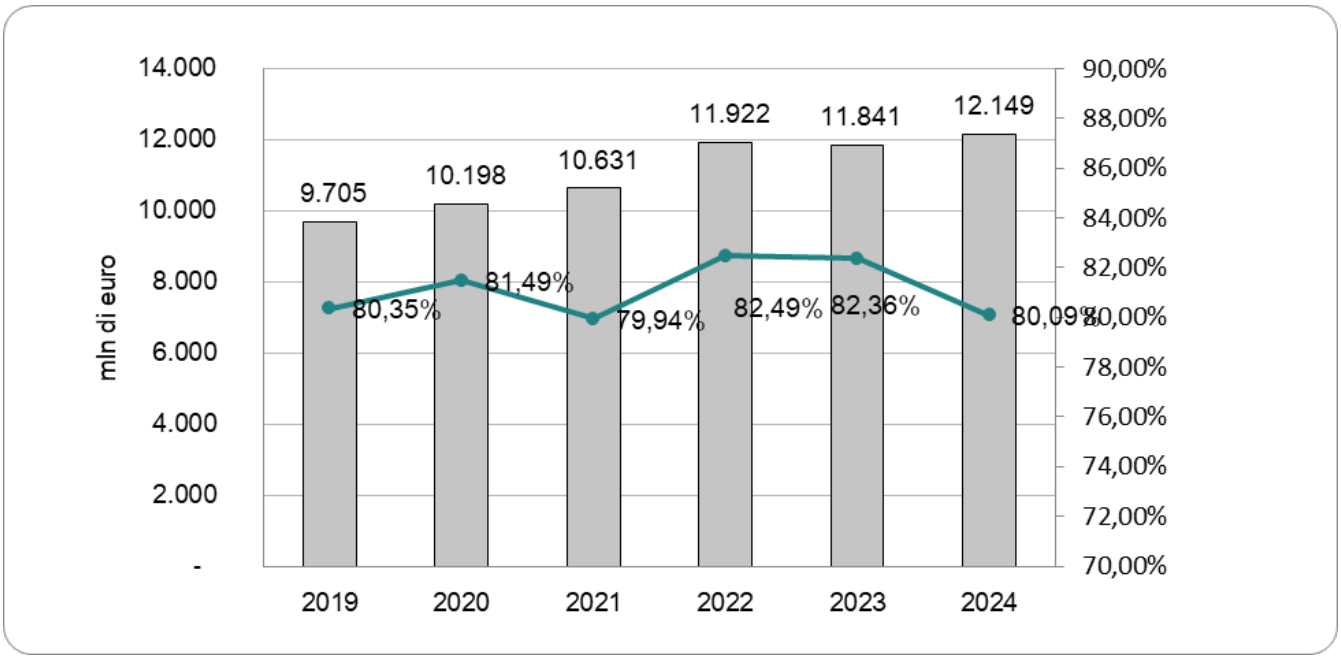
35.1 Il "peso" della spesa sanitaria sul bilancio regionale

Un primo dimensionamento del "peso" finanziario del settore sanitario per un'amministrazione regionale è derivabile analizzando il bilancio ed, in particolare, gli impegni di spesa. Gli importi economici complessivi (quindi non solo sanità) degli impegni di spesa a valere sui capitoli del bilancio di Regione del Veneto nel quinquennio 2019-2024 sono i seguenti:
- 12.078,6 milioni di euro nell'esercizio finanziario 2019;
- 12.514,5 milioni di euro nell'esercizio finanziario 2020;
- 13.299,8 milioni di euro nell'esercizio finanziario 2021;
- 14.452,5 milioni di euro nell'esercizio finanziario 2022;
- 14.376,3 milioni di euro nell'esercizio finanziario 2023;
- 15.168,6 milioni di euro nell'esercizio finanziario 2024.

Tali importi tengono in considerazione solamente gli impegni di spesa inerenti alle voci di spesa corrente e spesa in conto capitale, al netto delle partite di giro.
Approfondendo l'analisi è possibile scindere gli impegni effettuati a valere su capitoli di bilancio che rientrano nel perimetro sanitario che risultano pari a:
- 9.705,3 milioni di euro (80,35% sul totale degli impegni del bilancio regionale) per l'anno 2019;
- 10.198,3 milioni di euro (81,49% sul totale degli impegni del bilancio regionale) per l'anno 2020, contraddistinto pesantemente dall'emergenza sanitaria conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2. La percentuale di utilizzo delle risorse regionali destinate alla sanità è incrementata dell'1,14% pari in termini assoluti a circa 143 milioni di euro di maggiori impegni rispetto all'esercizio precedente;
- 10.631,3 milioni di euro (79,94% sul totale degli impegni del bilancio regionale) per l'esercizio 2021, anch'esso fortemente segnato dall'emergenza sanitaria da Covid-19. La flessione della percentuale di utilizzo delle risorse finanziarie regionali destinate alla sanità, pari all'1,55% circa, non ha significato una contrazione delle risorse impegnate per il settore sanitario che aumentano di circa 433 milioni di euro rispetto all'anno precedente. Tale riduzione è dovuta al maggior incremento delle risorse fuori perimetro sanitario;
- 11.922,3 milioni di euro (82,49% sul totale degli impegni del bilancio regionale) per l'esercizio 2022. Il notevole aumento, pari a circa 1,3 mld di euro rispetto all'esercizio 2021, è dovuto principalmente all'aumento del Fondo Sanitario Nazionale, alle risorse erogate per contrastare l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche ed alle risorse in conto capitale stabilite dal PNRR.
- 11.841 milioni di euro (82,36% sul totale degli impegni del bilancio regionale) per l'esercizio 2023. L'aumento delle risorse finanziarie dovuto all'aumento delle risorse assegnate alla Regione Veneto nell'ambito della ripartizione del FSN (pari a circa 350 milioni di euro), è totalmente azzerato dalla minore assegnazione di risorse derivanti dal PNRR, in quanto già trasferite alla Regione nell'esercizio 2022, sia di parte corrente che in conto capitale (- 476 milioni di euro). Altre variazioni che causano il decremento complessivo sono l'assegnazione di risorse finalizzate al Covid-19 (- 70 milioni), l'assegnazione di risorse per investimenti art. 20 (+ 74 milioni) e maggiori risorse derivanti dal Bilancio regionale per prestazioni Extra LEA (+ 40 milioni).

- 12.149 milioni di euro (80,09% sul totale degli impegni del bilancio regionale) per l'esercizio 2024. L'aumento del FSR 2024 rispetto all'esercizio 2023 è parzialmente compensato dalla riduzione delle risorse incassate per Payback e dalla diversa perimetrazione del FNNA che dall'esercizio 2024 non è più all'interno del perimetro sanitario. Le risorse in c/capitale sono aumentate di 248 milioni di euro, in particolare per l'incremento delle risorse destinate per interventi di edilizia socio sanitaria di cui all'art. 20 L.11/03/1988.

Figura 35.1.1 Trend annuale del valore economico degli impegni di spesa sanitari del Bilancio regionale (in milioni di euro) ed il peso % dei capitoli del perimetro sanità. Anni 2019-2024



Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

35.2 Il trend dei costi del SSR e la relazione con il livello di finanziamento

Analizzando i bilanci economici consolidati del Servizio Sanitario Regionale (SSR) dall'esercizio 2012 all'esercizio 2024, si riscontra un trend dei costi totali in continua crescita. Se dall'anno 2012 all'anno 2019 l'aumento si può considerare come una crescita - per certi versi - fisiologica, ed in ogni caso abbastanza contenuta in termini percentuali, lo stesso non si può dire per quanto riguarda gli esercizi successivi, compreso il 2024. Le misure poste in essere dall'amministrazione nazionale e regionale per contrastare inizialmente il Covid-19 hanno significativamente inciso sulla dinamica di crescita del livello di costosità del sistema sanitario negli ultimi anni. Nell'ultimo esercizio in particolare ha inciso il forte aumento dei prezzi che le aziende fornitrici di beni, di dispositivi e di servizi sanitari hanno applicato agli enti del SSR; aumento dovuto alla costante inflazione sui costi delle materie prime degli ultimi anni, come meglio spiegato nei paragrafi seguenti.
Nella Figura 35.2.1 è possibile notare il livello - in termini assoluti - e il trend di aumento dei costi totali del Servizio Sanitario Regionale nel corso degli anni. L'importo è comprensivo dei costi della produzione e dei costi per imposte ed al netto dei costi straordinari. Appare utile un confronto in parallelo con l'evoluzione del finanziamento del settore sanitario, facendo in particolare riferimento alla quota delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR) ricevute annualmente dall'amministrazione centrale.
Il livello del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), comprensivo della quota di risorse indistinte e delle risorse vincolate, è cresciuto nel corso degli esercizi e di conseguenza anche la quota di fondo destinato alla Regione Veneto ha subito delle modifiche nel corso degli anni. Oltre che per un incremento assoluto del FSN, il cambiamento del livello del FSR è in parte dovuto anche alla modifica della quota d'accesso della Regione Veneto che storicamente si attesta poco al di sopra dell'8% (conseguente alla dinamiche demografiche delle popolazioni residenti nella varie regioni). Nell'esercizio 2021 la quota d'accesso al fondo era pari al 8,19%, raggiungendo nell'anno 2022 l'8,23% mentre nell'esercizio 2024 è pari al 8,21%.
Nella Figura 35.2.2 sono indicati i livelli del Fondo Sanitario Regionale dall'esercizio 2012 al 2024.
Se negli anni precedenti il tasso di crescita dei costi complessivi del SSR e il tasso di crescita del FSR sono incrementati in maniera quasi speculare, negli ultimi quattro esercizi il gap è aumentato notevolmente ed è stato tendenzialmente in crescita fino al 2023, mentre nell'esercizio 2024 ha riscontrato una riduzione. Nonostante ciò, ai fini dell'equilibrio complessivo del Sistema Socio-Sanitario si rendono comunque necessarie risorse straordinarie rispetto al FSN.
Si espone nella Figura 35.2.3 il confronto dei due tassi di crescita dall'esercizio 2012 all'esercizio 2024.

Figura 35.2.1 Costi complessivi del SSR in milioni di euro. Anni 2012-2024

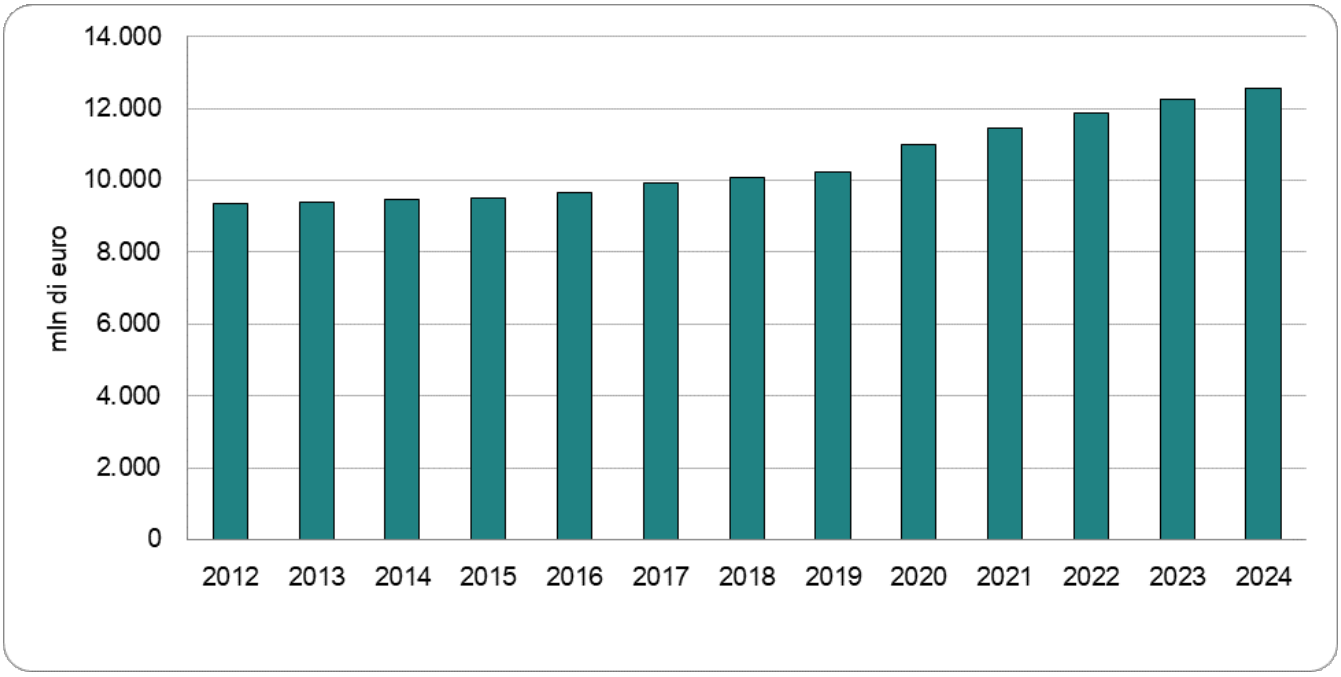


Figura 35.2.2 Livello del FSR in milioni di euro. Anni 2012-2024

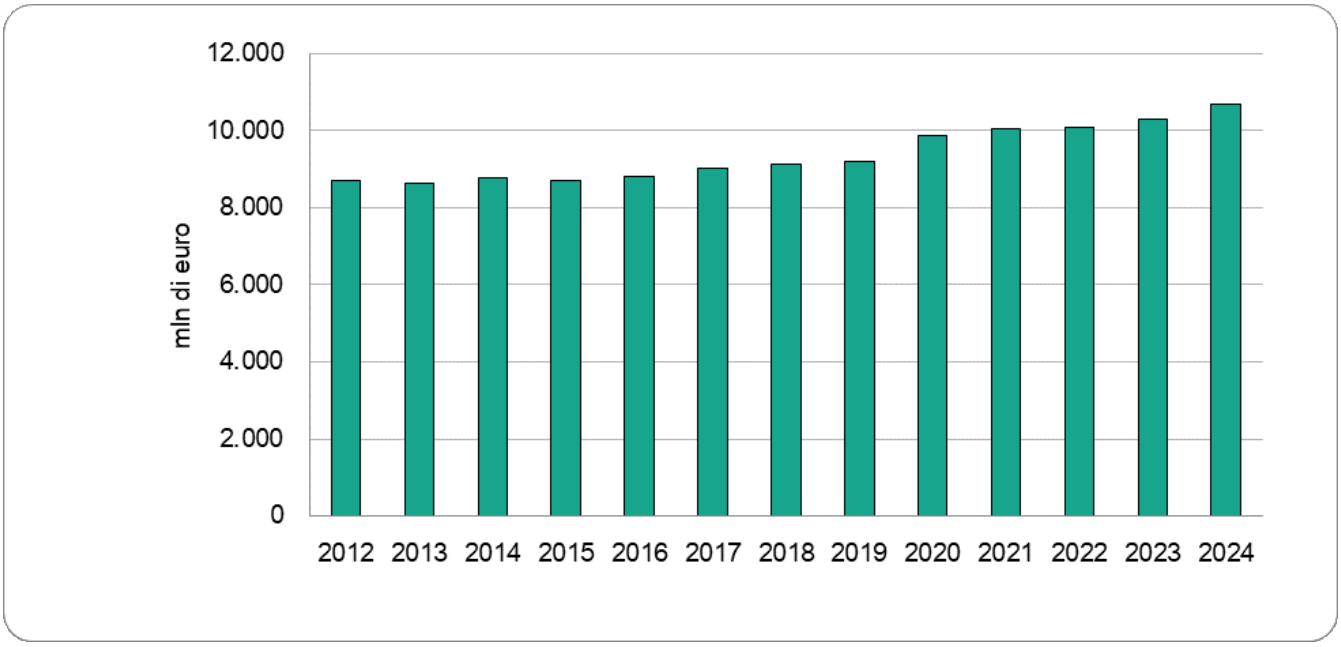
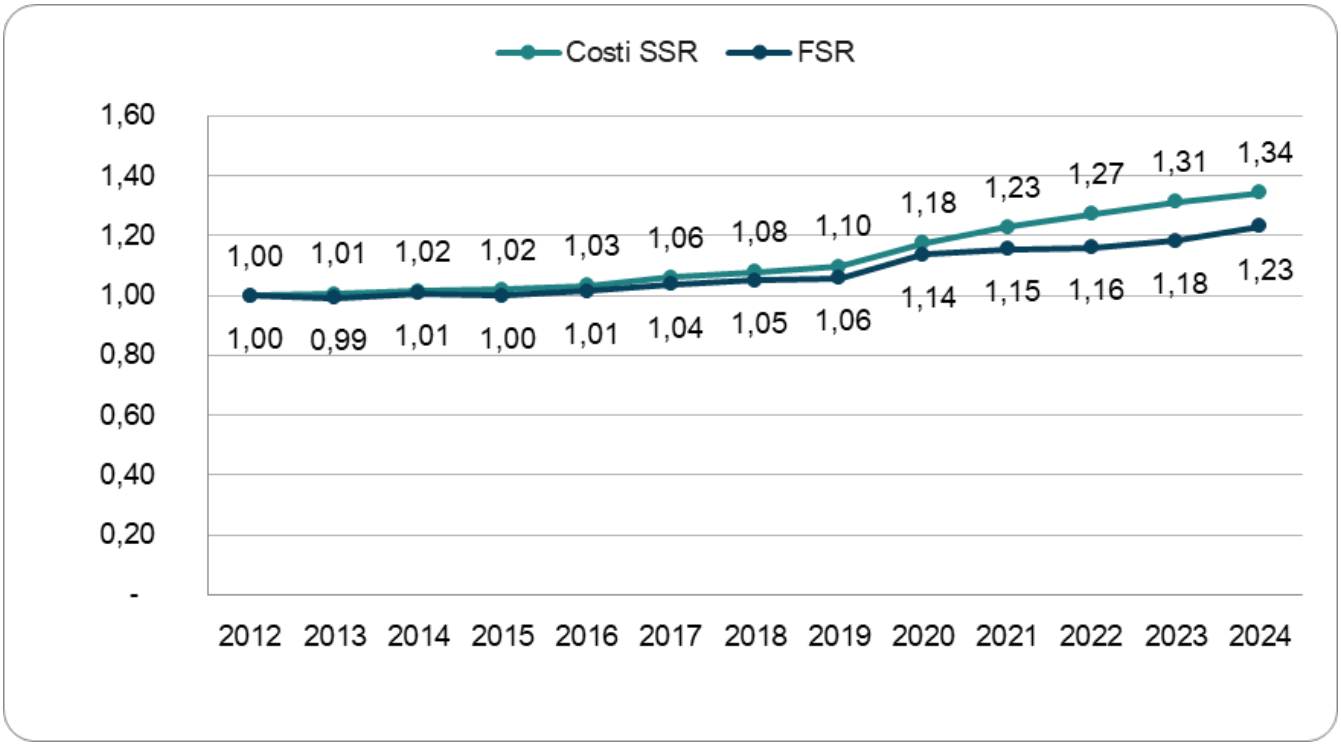


Figura 35.2.3 Confronto tassi di crescita Costi del SSR e incremento FSR. Anni 2012-2024



Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

Gestione risorse

36. La spesa sanitaria regionale e le sue principali determinanti

CONTENUTI

- 36.1 Le principali determinanti dei costi e l'incidenza della pandemia
- 36.2 Acquisti di beni sanitari e non sanitari
- 36.3 Acquisti di servizi sanitari e non sanitari
- 36.4 Costi del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato
- 36.5 I costi per l'erogazione dei LEA
- 36.6 La spesa sostenuta per l'offerta privata accreditata
- 36.7 La spesa out of pocket
- 36.8 L'impatto della mobilità sanitaria interregionale
- 36.9 I costi per l'energia
- 36.10 I costi per l'emergenza Ucraina
- 36.11 La spesa per gli investimenti
- 36.12 Le aree di investimento e le determinanti di spesa
- 36.13 Il patrimonio del SSR

SPESA SANITARIA: LE PRINCIPALI DETERMINANTI

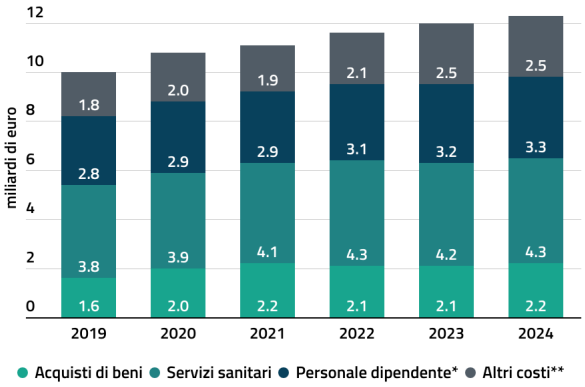
Totale costi della produzione

Anno 2024

12,3 miliardi

- 2,2 miliardi Acquisti di beni
- 4,3 miliardi Servizi sanitari
- 3,3 miliardi Personale dipendente
- 2,5 miliardi Altri costi

Trend anni 2019-2024



*esclusa IRAP

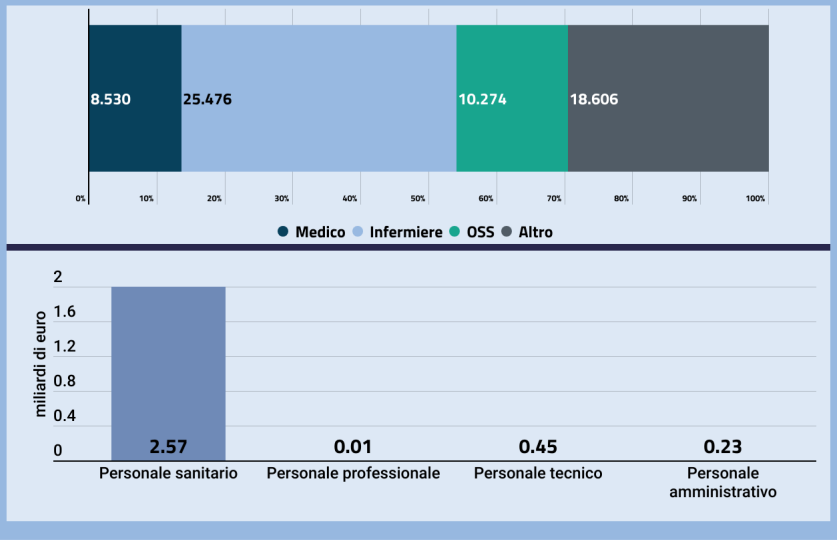
**servizi non sanitari, manutenzioni, affitti, noleggi, ammortamenti, accantonamenti, variazione delle rimanenze, ecc.

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE

62.886 dipendenti al 31.12.2024

3,26 miliardi di euro costo del personale nel 2024



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

36.1 Le principali determinanti dei costi e l'incidenza della pandemia

Analizzando la spesa sanitaria nell'ambito del sistema regionale nel periodo 2019-2024 si può riscontrare un trend di costante incremento. Considerando i costi della produzione del bilancio di esercizio consolidato, si è passati da un totale di 10.046 mln di euro nel 2019 a 12.308 mln di euro nel 2024, con un incremento in valore assoluto di +2.262 mln di euro. Le voci che generano un impatto per circa il 90% della costosità totale nel 2024 sono l'acquisto di beni, l'acquisto di servizi e il personale che insieme valgono circa 10.777 mln di euro.

Tabella 36.1.1 Costi della produzione anni 2019-2024 in milioni di euro

Descrizione voce CE	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totale costi della produzione	**10.046,03**	**10.771,97**	**11.245,26**	**11.644,20**	**12.019,46**	**12.307,72**
Acquisti di beni	1.602,95	1.994,20	2.214,97	2.095,54	2.074,47	2.246,75
Servizi sanitari	3.836,76	3.877,80	4.100,51	4.255,18	4.196,27	4.331,18
Servizi non sanitari	717,33	729,82	858,58	979,40	971,12	939,89
Manutenzione e riparazione ordinaria	214,27	226,81	233,30	234,30	246,51	257,07
Affitti, canoni noleggio e leasing	128,18	127,53	138,19	140,45	141,12	149,58
Personale dipendente, esclusa IRAP	2.789,90	2.907,02	2.975,85	3.094,24	3.176,14	3.258,99
Ammortamenti	239,75	253,12	273,79	288,00	295,55	305,33
Variazione delle rimanenze	-15,50	-138,41	-224,81	-6,62	62,43	197,62
Accantonamenti dell'esercizio	484,97	735,71	622,24	503,23	792,99	556,56
Altri costi della produzione	47,42	58,35	52,63	60,47	62,86	64,75

Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

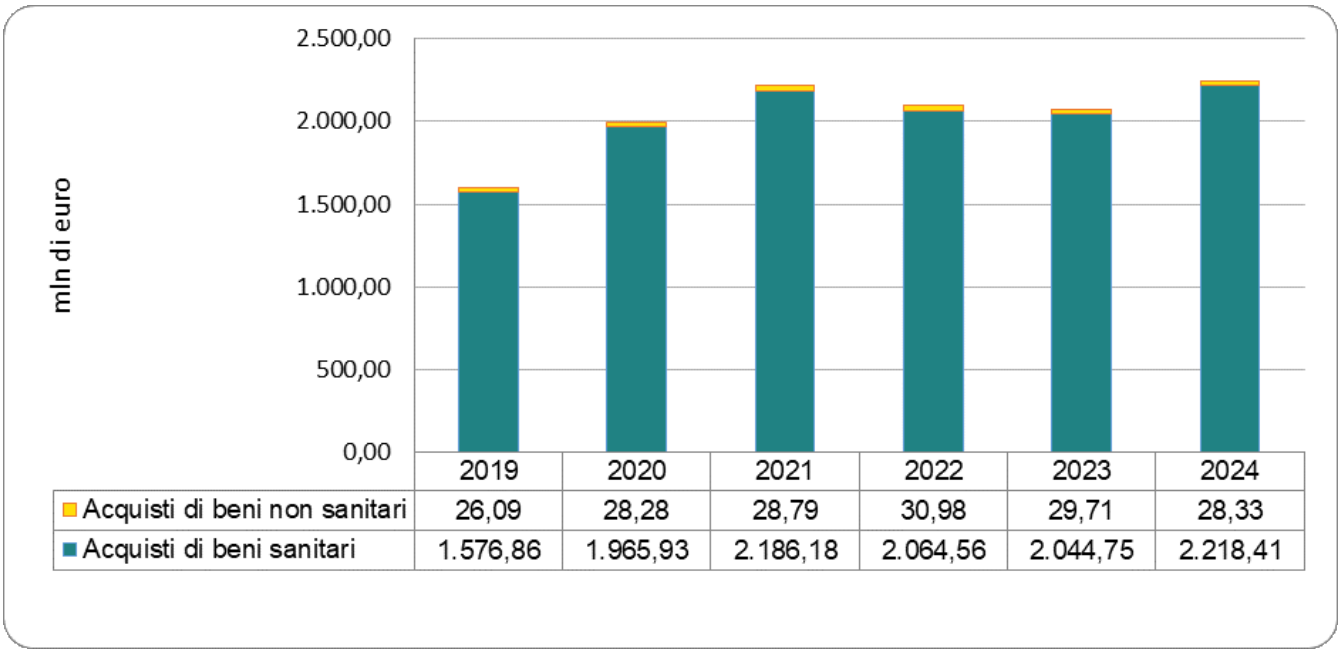
36.2 Acquisti di beni sanitari e non sanitari

All'interno della categoria dei beni sanitari sono ricompresi gli acquisti di:
- Prodotti farmaceutici ed emoderivati;
- Dispositivi medici;
- Dispositivi medici impiantabili attivi;
- Dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD);
- Materiali per la profilassi (vaccini);
- Sangue ed emocomponenti;
- Prodotti dietetici;
- Prodotti chimici;
- Materiali e prodotti per uso veterinario;
- Altri beni e prodotti sanitari.

I beni non sanitari comprendono invece:
- Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere;
- Supporti informatici e cancelleria;
- Materiale per la manutenzione;
- Combustibili, carburanti e lubrificanti;
- Prodotti alimentari;
- Altri beni e prodotti non sanitari.

Gli acquisti di beni impattano nel 2024 sui costi di produzione per circa il 18%. Nel 2024 si registra un incremento rispetto al 2023 pari all'8% (+172 mln di euro). Analizzando le categorie di beni si può notare un aumento nel costo di farmaci e emoderivati pari a +119 mln di euro rispetto al 2023, che rappresentano il 59% della spesa complessiva.

Figura 36.2.1 Trend andamento dei costi degli acquisti di beni in milioni di euro. Anni 2019-2024



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Acquisti di beni non sanitari	26,09	28,28	28,79	30,98	29,71	28,33
Acquisti di beni sanitari	1.576,86	1.965,93	2.186,18	2.064,56	2.044,75	2.218,41

Figura 36.2.2 Categorie che compongono gli acquisti di beni. Anno 2024

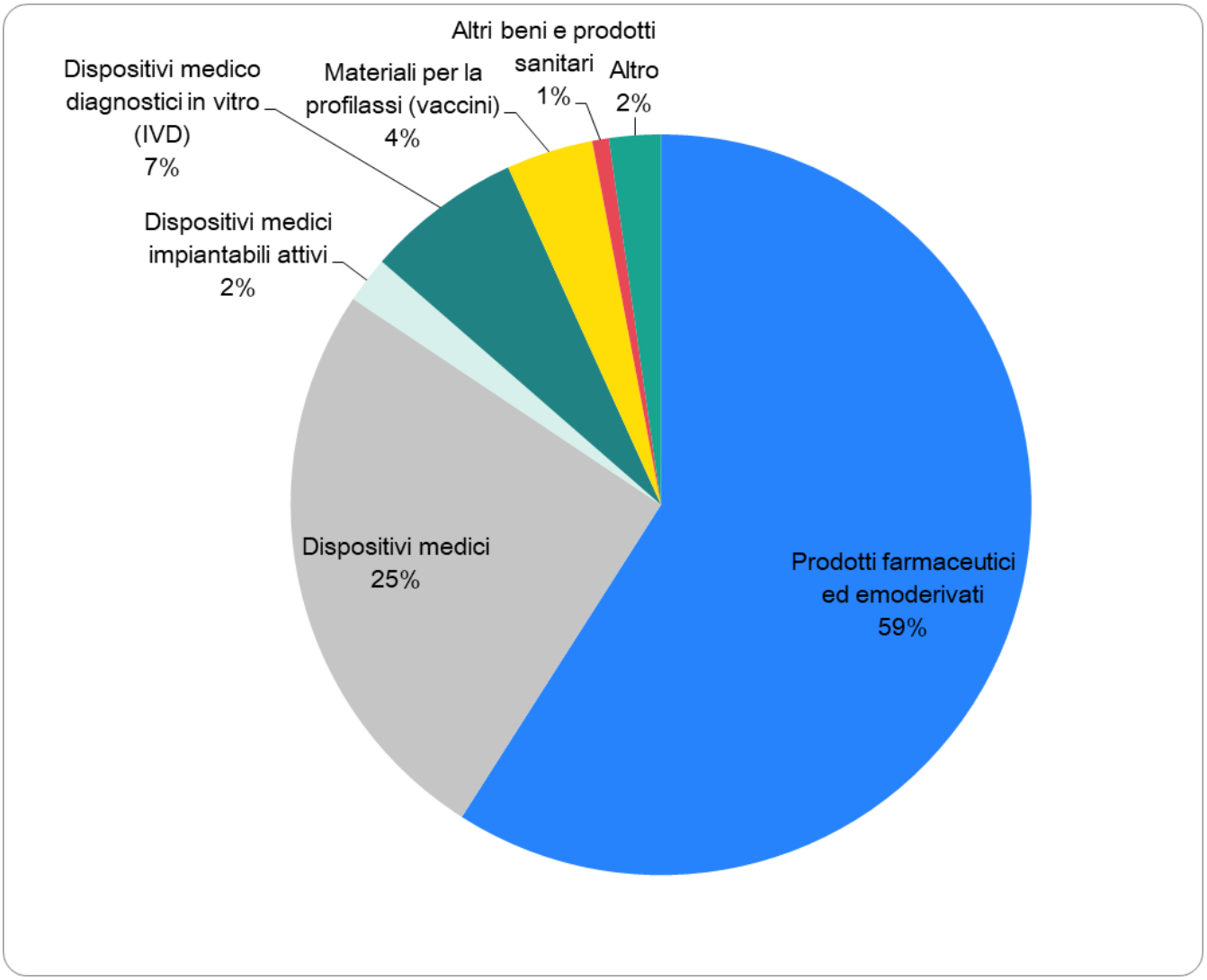
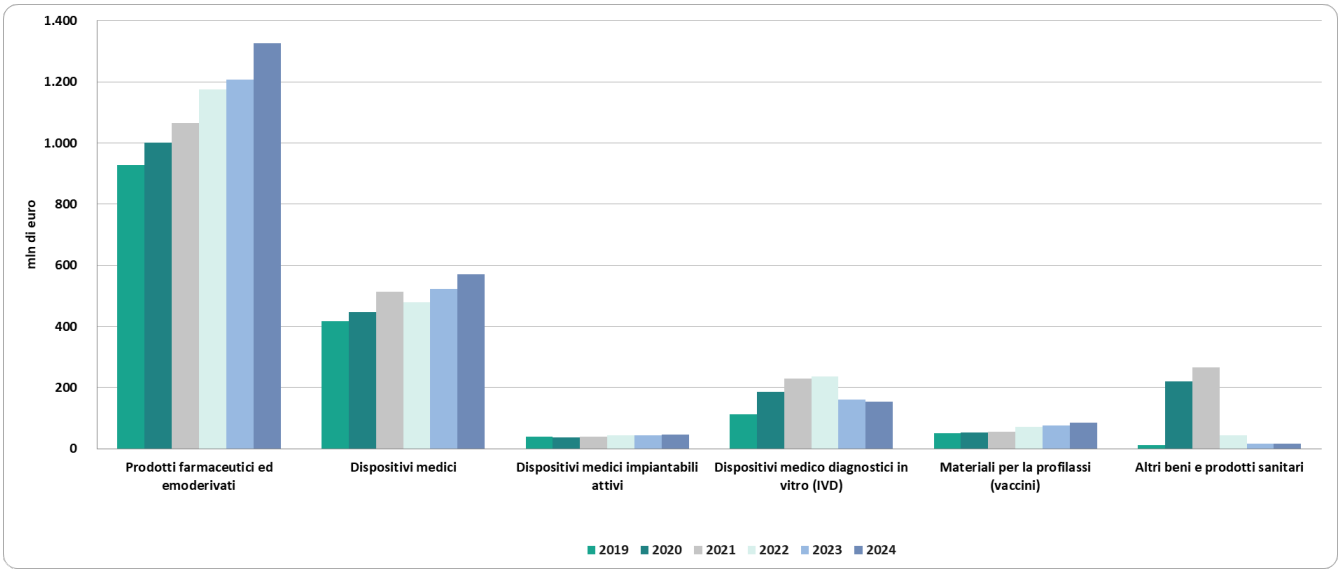


Figura 36.2.3 Valore delle categorie che compongono gli acquisti di beni sanitari in milioni di euro. Anni 2019-2024



Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

36.3 Acquisti di servizi sanitari e non sanitari

All'interno della categoria dei servizi sanitari sono ricompresi gli acquisti di:
- Assistenza per medicina di base (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale, ecc.);
- Assistenza per farmaceutica in convenzione;
- Assistenza ospedaliera (privati accreditati, attività fuori regione);
- Assistenza specialistica ambulatoriale (privati accreditati, attività fuori regione);
- Prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria (assistenza a persone non autosufficienti, disabili, minori, ecc.);
- Rimborsi, assegni e contributi sanitari;
- Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie;
- Servizi sanitari per assistenza riabilitativa;
- Servizi sanitari per assistenza integrativa, protesica;
- Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale;
- Prestazioni di distribuzione farmaci;
- Prestazioni di trasporto sanitario;
- Compartecipazione al personale per attività libero-professionali (intramoenia);
Prestazioni termali in convenzione.

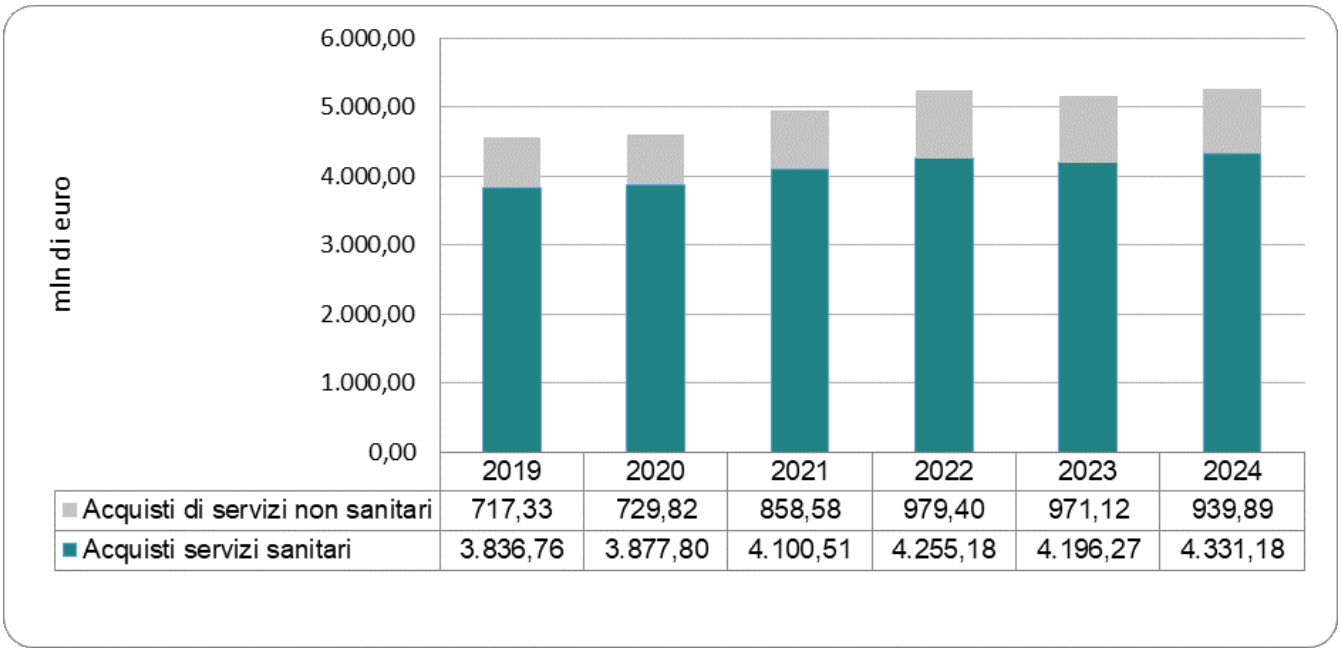
I servizi non sanitari comprendono invece:
- Lavanderia;
- Pulizia;
- Mensa;
- Riscaldamento;
- Servizi di assistenza informatica;
- Servizi trasporti (non sanitari);
- Smaltimento rifiuti;
- Utenze telefoniche;
- Utenze elettricità;
- Altre utenze;
- Premi di assicurazione;
- Altri servizi non sanitari (Attività di supporto tecnico e manutenzione ordinaria ai software aziendali, servizio cup, servizio call center, contact center, magazzino esterno, ecc.);
- Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie;
- Formazione (esternalizzata e non).

Gli acquisti di servizi impattano nel 2024 sui costi di produzione per il 43%. L'andamento nel periodo ha evidenziato una tendenza sostanzialmente lineare di crescita, passando da un valore complessivo di 4.554 mln di euro nel 2019 ad un valore di 5.271 mln di euro nel bilancio economico consuntivo consolidato 2024 (+717 mln nel periodo 2019-2024), con un incremento rispetto al 2023 di 104 mln di euro.

La categoria di spesa nei servizi sanitari con il tasso di crescita maggiore è quella relativa alle consulenze e collaborazioni sanitarie e socio-sanitarie che ha risentito molto degli effetti dei provvedimenti programmatori nazionali e regionali relativi alla gestione della pandemia che hanno esteso le possibilità di reclutamento del personale sanitario con rapporti liberi professionali. Si nota infatti un incremento nel 2024 rispetto al 2019 pari a circa +88%.

Tra i servizi non sanitari si notano gli incrementi più importanti nelle utenze di elettricità (+39% rispetto al 2019) e riscaldamento (+40% rispetto al 2019) dovuti agli aumenti dei prezzi delle materie prime energetiche, ma in calo rispetto ai valori registrati nel 2023. Un'altra voce che registra un incremento sia rispetto al 2019 che al 2022 è quella relativa ai servizi di assistenza informatica (+88% rispetto al 2019 e +14% rispetto al 2023). Si nota, inoltre, un importante aumento rispetto al 2019 (+50%) nei costi di smaltimento rifiuti.

Figura 36.3.1 Trend andamento dei costi degli acquisti di servizi in milioni di euro. Anni 2019-2024



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Acquisti di servizi non sanitari	717,33	729,82	858,58	979,40	971,12	939,89
Acquisti servizi sanitari	3.836,76	3.877,80	4.100,51	4.255,18	4.196,27	4.331,18

Figura 36.3.2 Categorie che compongono i servizi sanitari. Anno 2024

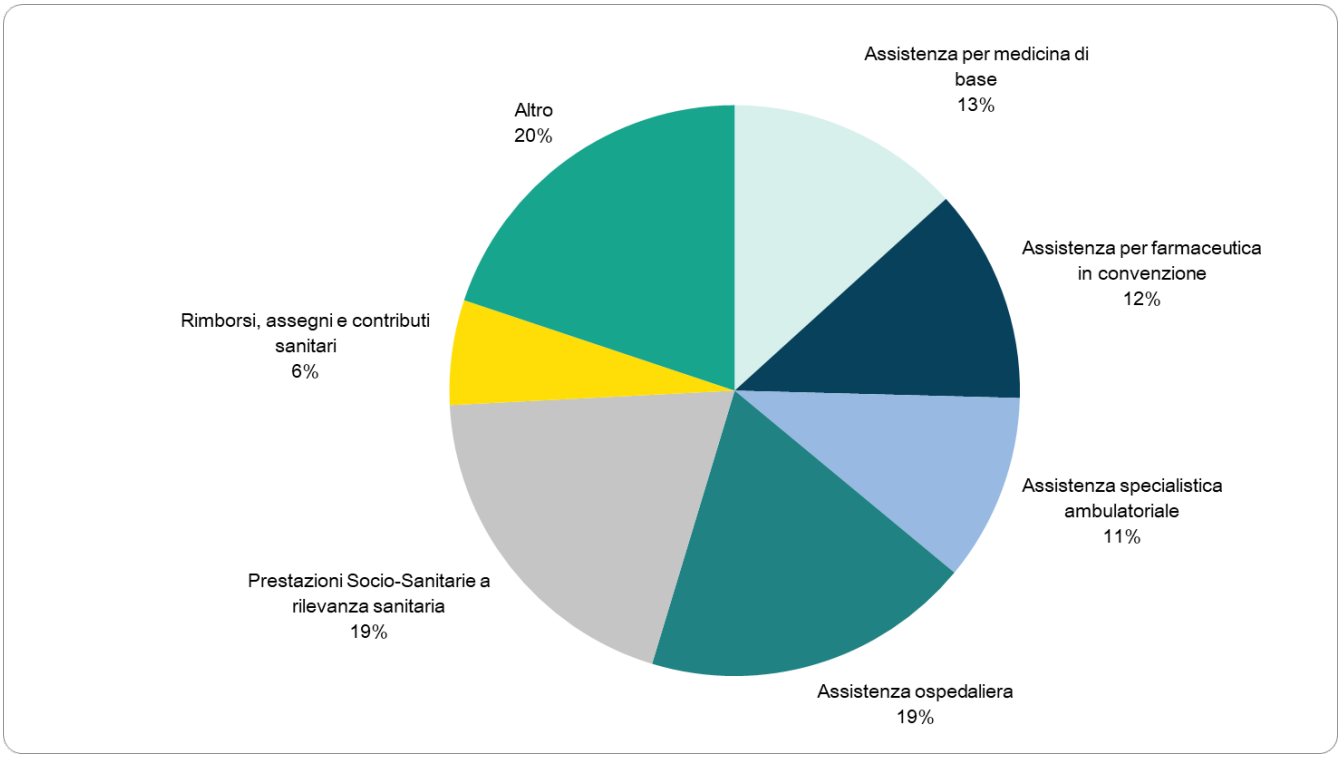


Figura 36.3.3 Categorie che compongono i servizi non sanitari. Anno 2024

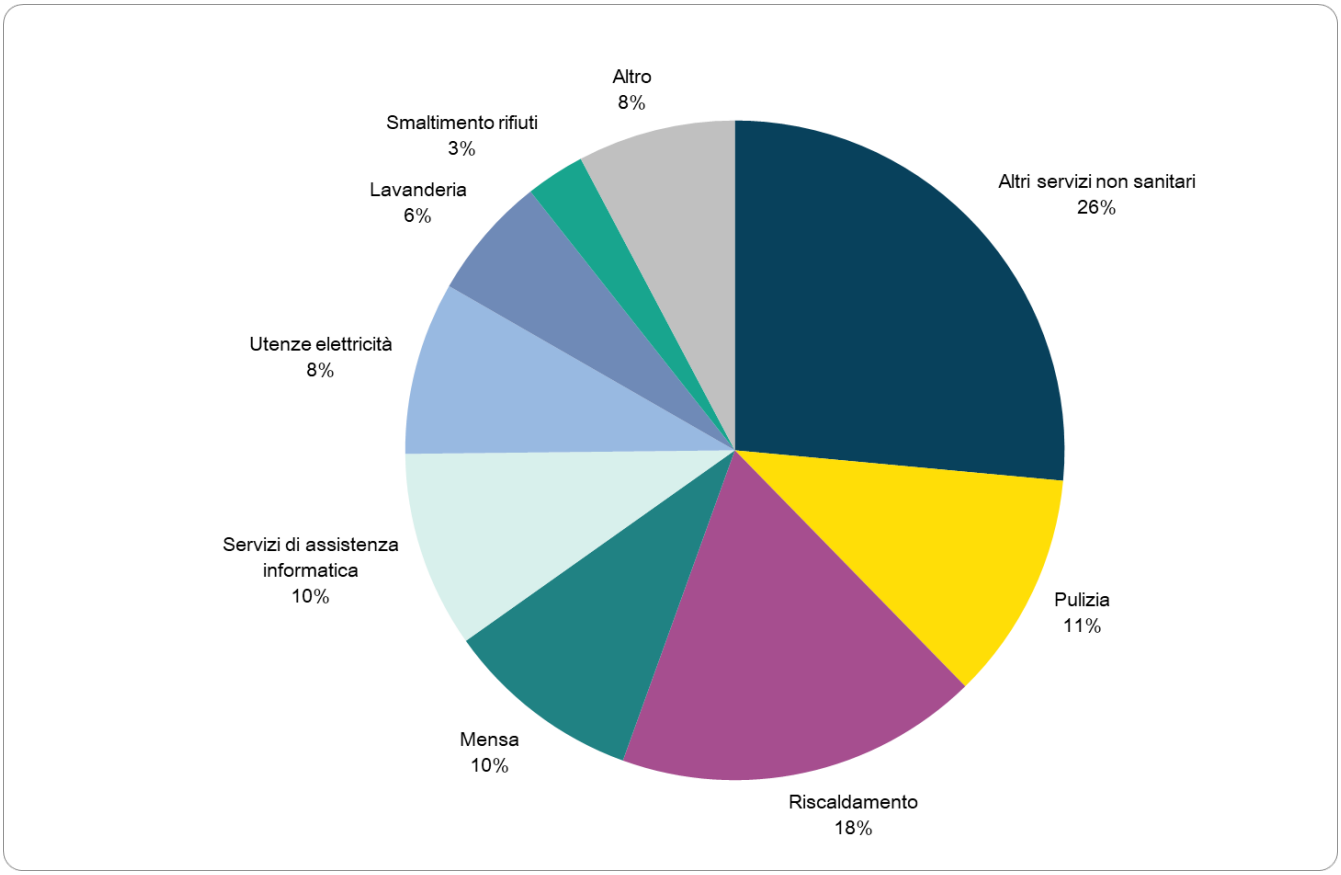


Tabella 36.3.1 Variazioni percentuali tra periodi per i servizi sanitari.

	Delta 2024 su 2019	Delta 2024 su 2023
Assistenza per medicina di base	4,1%	2,3%
Assistenza per farmaceutica in convenzione	3,1%	3,2%
Assistenza ospedaliera	9,6%	2,4%
Assistenza specialistica ambulatoriale	19,0%	4,9%
Prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	16,8%	3,1%
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	4,9%	-5,5%
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	88,4%	14,9%
Servizi sanitari per assistenza riabilitativa	8,7%	2,5%
Servizi sanitari per assistenza integrativa, protesica	-44,9%	-12,1%
Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	12,8%	6,9%
Prestazioni di distribuzione farmaci	64,5%	16,0%
Prestazioni di trasporto sanitario	58,8%	5,8%
Compartecipazione al personale per attività libero-professionali (intramoenia)	23,3%	4,7%
Prestazioni termali in convenzione	8,5%	0,6%

Tabella 36.3.2 Variazioni percentuali tra periodi per i servizi non sanitari.

	Delta 2024 su 2019	Delta 2024 su 2023
Lavanderia	15,9%	-0,7%
Pulizia	15,3%	-1,4%
Mensa	12,5%	4,6%
Riscaldamento	40,1%	-3,0%
Servizi di assistenza informatica	87,9%	14,1%
Servizi trasporti (non sanitari)	-18,4%	2,0%
Smaltimento rifiuti	50,5%	-10,7%
Utenze telefoniche	-6,3%	-1,6%
Utenze elettricità	39,4%	-8,5%
Altre utenze	17,7%	-0,2%
Premi di assicurazione	-17,0%	1,3%
Altri servizi non sanitari	-29,4%	-10,7%
Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	-3,6%	-0,2%
Formazione (esternalizzata e non)	12,5%	23,2%

Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

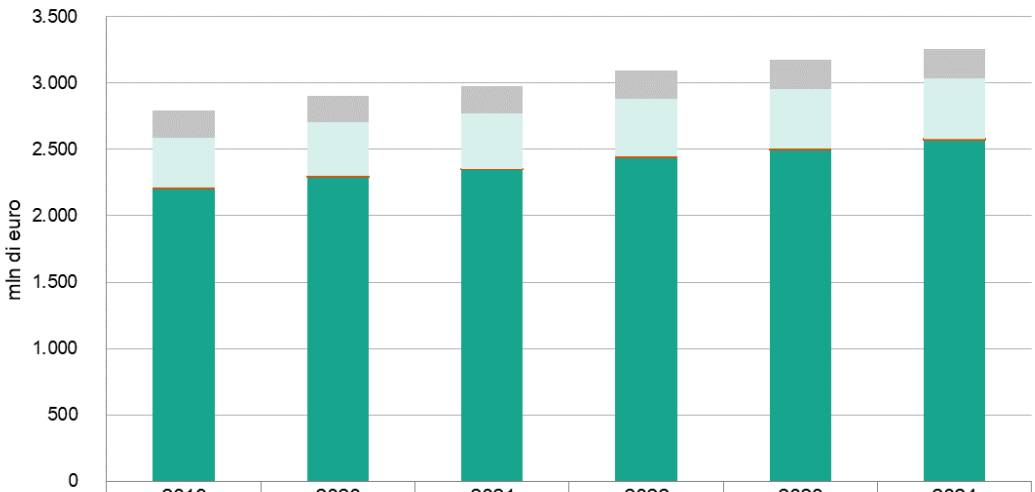
E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

36.4 Costi del personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato

Il costo del personale dipendente impatta mediamente sui costi di produzione per il 26%. L'andamento nel periodo 2019-2024 ha evidenziato una tendenza lineare di crescita. In termini di importi si è passati da un valore complessivo di 2.790 mln di euro nel 2019 a 3.259 mln di euro nel bilancio economico consuntivo consolidato 2024 (+469 mln nel periodo, di cui +368 mln per il personale del ruolo sanitario).
Nonostante si stia assistendo, nel contesto sanitario specialmente pubblico, a una importante carenza di professionisti, Il SSR del Veneto continua a garantire il turn over del personale cessante, di fatto mantenendo complessivamente stabile il numero di professionisti impiegati nelle diverse Aziende. Si nota un certo aumento percentuale dei rapporti diversi dalla dipendenza (convenzionati, liberi professionisti, ecc.), certamente compatibile con le mutazioni in atto nel mercato del lavoro.
Con riferimento alla composizione del personale dipendente, più del 40% dei professionisti appartiene ai profili di infermiere od ostetrica. Il secondo gruppo di profili maggiormente presente è l'Operatore socio sanitario e operatore tecnico addetto all'assistenza, seguito dalla Dirigenza medica e dal personale amministrativo.
Tale composizione è confermata anche per il 2024, confermando l'andamento omogeneo registrato negli ultimi 5 anni.
Le Aziende ed Enti del SSR hanno infatti consolidato i propri modelli organizzativi: sia in termini di efficientamento della pianificazione dei turni, sia migliorando le procedure cliniche, ad esempio investendo nelle soluzioni day-hospital e day-surgery.
Considerando la variazione del numero di dipendenti del SSR del Veneto nel corso degli ultimi anni, possiamo evidenziare un progressivo potenziamento del personale dipendente del comparto, la cui consistenza è cresciuta sensibilmente rispetto al 2019.
Anche rispetto al personale dipendente Dirigente, analizzando i dati del periodo 2019-2024, si registra un aumento del personale in servizio, conseguenza soprattutto di importanti investimenti relativi ai profili della Dirigenza sanitaria.
Si riporta di seguito una rappresentazione di confronto tra i dati della Regione del Veneto con le altre Regioni italiane per le professioni di Medico, Infermiere e OSS relativamente all'anno 2022 (ultimo dato disponibile e rilevato nelle tabelle pubblicate nel sito https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/).
Nel 2024 sono state concluse da Azienda Zero 86 procedure di selezione del personale (di cui 61 a tempo indeterminato per personale dirigente, 21 a tempo indeterminato per personale del comparto e 4 avvisi a tempo determinato per il comparto).
Per quanto riguarda tutti i concorsi conclusi per dirigenti, sono state ultimate graduatorie per un totale di 2.073 unità; per la sola area medico-veterinaria, sono state ultimate graduatorie per un totale di 421 medici specialisti e per un ulteriore totale di 1.552 medici specializzandi.
Per quanto riguarda i 21 concorsi espletati per il comparto, sono pervenute in totale n. 11.657 domande e i professionisti in graduatoria risultano n. 4.839 (nell'anno la percentuale media di candidati iscritti ai concorsi del comparto che si è presentata a sostenere le prove si è attestata a circa il 70%).

Figura 36.4.1 Trend dei costi del personale in milioni di euro. Anni 2019-2024



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Personale del ruolo amministrativo	205,66	204,29	204,75	213,43	221,68	224,49
Personale del ruolo tecnico	372,09	404,94	415,17	434,98	449,74	452,90
Personale del ruolo professionale	7,46	7,91	8,10	7,63	8,11	8,98
Personale del ruolo sanitario	2.204,70	2.289,88	2.347,83	2.438,20	2.496,61	2.572,63

Tabella 36.4.1 Personale dipendente a tempo determinato o indeterminato in servizio al 31.12.2024

Aziende	MEDICO		Infermiere		OSS		Altro		Totale Azienda
	t. determ.	t. indeter.	t. determ.	t. indeter.	t. determ.	t. indeter.	t. determ.	t. indeter.	
1 - Dolomiti	31	367	14	1.377		611	43	1.115	**3.558**
2 - Marca Trevigiana	105	1.146	13	3.689	16	1.706	133	2.679	**9.487**
3 - Serenissima	86	1.012	5	3.232	4	1.214	74	2.159	**7.786**
4 - Veneto Orientale	17	269	15	983	4	403	44	829	**2.564**
5 - Polesana	65	393	16	1.347		529	17	1014	**3.381**
6 - Euganea	51	865	2	2.784		1.077	35	2.178	**6.992**
7 - Pedemontana	44	486	16	1.642		670	27	1.262	**4.147**
8 - Berica	55	874	25	2.597		1.176	30	1.753	**6.510**
9 - Scaligera	58	711	4	2.316		884	25	2.004	**6.002**
AO di Padova	29	832	1	2.758		1.087	29	1.292	**6.028**
AOUI di Verona	35	781	3	2.242		748	6	1.418	**5.233**
IOV	18	200		395		145	88	352	**1.198**
TOTALE	**594**	**7.936**	**114**	**25.362**	**24**	**10.250**	**551**	**18.055**	**62.886**

Figura 36.4.2 Composizione del personale dipendente in servizio al 31/12/2024

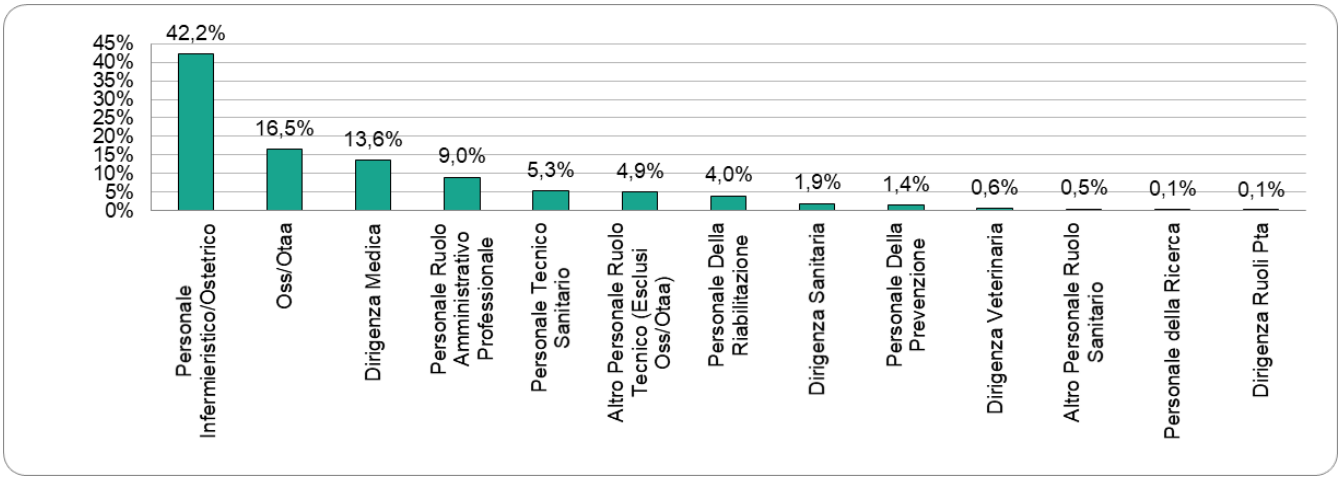


Figura 36.4.3 Numero di dirigenti medici/1000 abitanti nelle regioni italiane

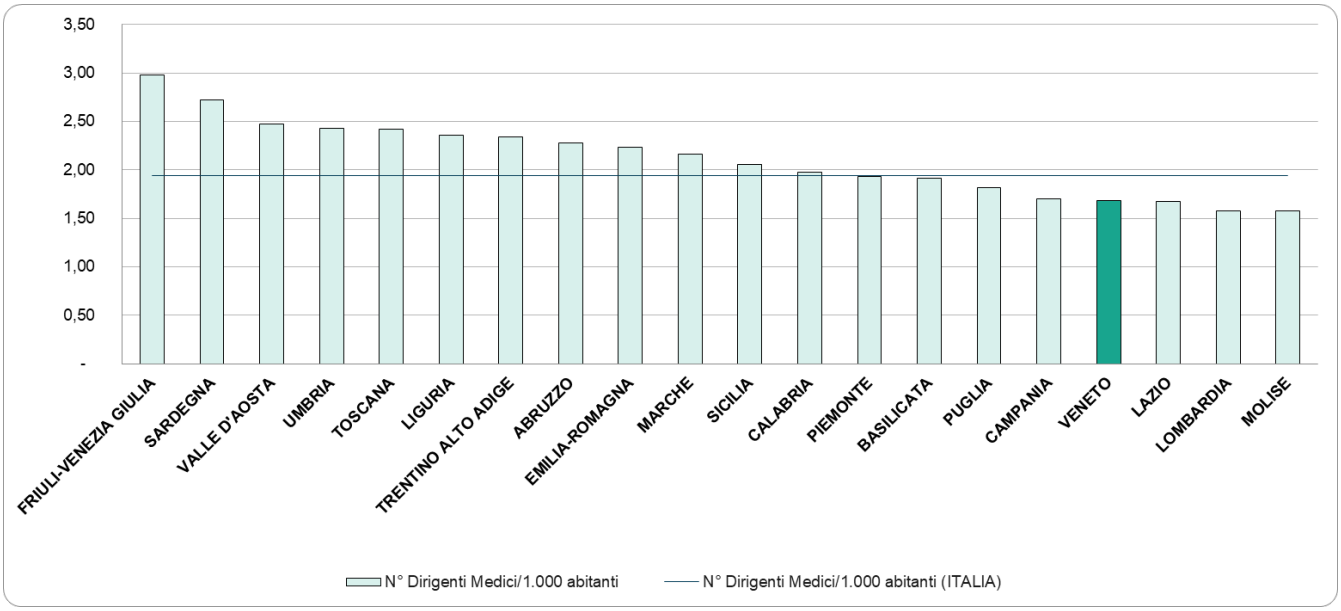


Figura 36.4.4 Numero di personale infermieristico/1000 abitanti nelle regioni italiane

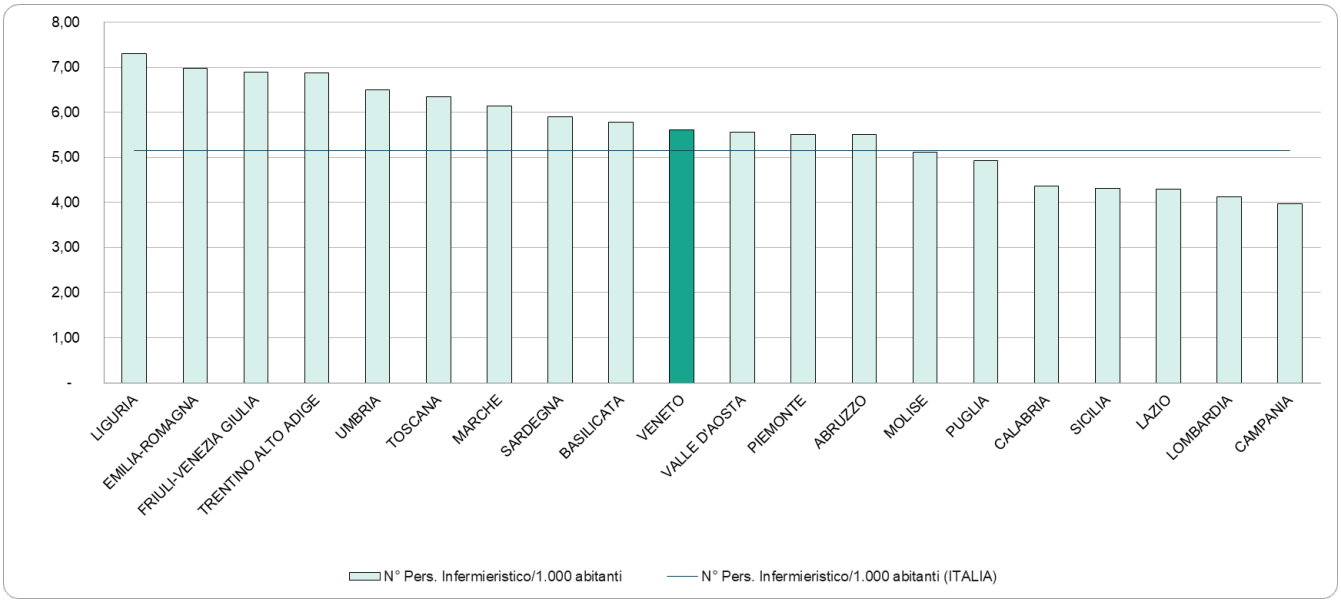
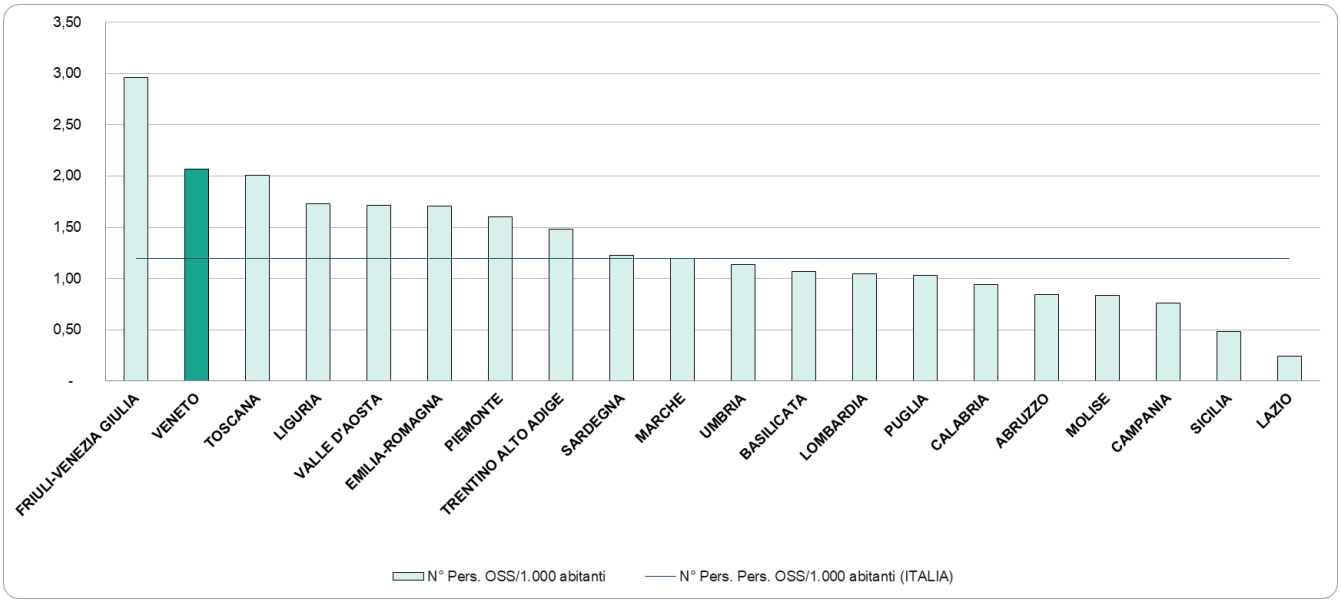


Figura 36.4.5 Numero di operatori socio sanitari/1000 abitanti nelle regioni italiane



Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778238

36.5 I costi per l'erogazione dei LEA

L'analisi dei costi per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) utilizza come fonte informativa il modello ministeriale "LA".
Il nuovo modello LA, revisionato con il Decreto Ministeriale del 12 gennaio 2017, è stato compilato per la prima volta - nella sua nuova versione - con riferimento ai dati dell'anno 2019, con una rilevazione di tipo sperimentale.
Il modello ministeriale LA è compilato annualmente a consuntivo su dati della contabilità generale riclassificati per livelli di assistenza (la fonte è la contabilità analitica).

L'analisi di seguito riportata mette a confronto il quinquennio 2019-2024.

Nel 2024 i costi sono stati sostenuti con la seguente distribuzione nei tre macro livelli di assistenza
- Prevenzione collettiva e sanità pubblica 4,0%
- Assistenza distrettuale 53,1%
- Assistenza ospedaliera 42,7%.
- Costi per attività di ricerca 0,2%

L'analisi dei costi per LEA è interessante anche se rapportata alla popolazione residente, esprimendo quindi dei costi procapite per livelli di assistenza.

Il Nuovo Sistema di Garanzia – NSG è stato introdotto come strumento per valutare l'erogazione dei LEA a partire dall'anno 2020, sostituendo il precedente sistema denominato "Griglia LEA". NSG consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Complessivamente, nell'anno 2022, registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree le regioni Piemonte, Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia e Basilicata. Nell'anno 2023 le Regioni Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree.
Nella tabella che segue sono esposti i risultati distinti per i tre macro livelli.

Ponendo in relazione i punteggi ottenuti nel NSG e la costosità pro capite delle varie regioni - relativamente all'anno 2022 in quanto i costi delle regioni sono disponibili fino al 2022 – emerge come la regione Veneto ottenga per tutte e tre le aree un punteggio tra i migliori rispetto alle altre regioni e un costo pro capite di poco superiore alla media nazionale.

Tabella 36.5.1 Costi complessivi dei macro Livelli di Assistenza della regione Veneto in milioni di euro. Anni 2019-2023

Macrovoci economiche	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Delta 24-23	Delta % 24-23
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	418	447	567	625	505	503	-2,45	0%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	5.366	5.417	5.702	6.008	6.361	6.625	263,06	4%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	4.380	4.657	5.044	5.125	5.147	5.329	181,81	4%
COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA	8	11	13	13	20	23	3,49	18%
TOTALE GENERALE	**10.172**	**10.531**	**11.327**	**11.771**	**12.034**	**12.480**	**445,91**	**4%**

Tabella 36.5.2 Costo pro capite per Macro Livello di Assistenza della regione Veneto in euro. Anni 2019-2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	85,64	91,54	116,47	128,87	104,23	103,67
ASSISTENZA DISTRETTUALE	1.098,52	1.110,18	1.170,95	1.239,42	1.311,76	1.365,25
ASSISTENZA OSPEDALIERA	896,67	954,38	1.035,86	1.057,25	1.061,32	1.098,21
COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA	1,58	2,24	2,63	2,60	4,11	4,83
TOTALE GENERALE	**2.082,42**	**2.158,33**	**2.325,91**	**2.428,13**	**2.481,42**	**2.571,96**

Tabella 36.5.3 Valutazione Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) delle regioni italiane. Anno 2022

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	88,79	86,55	87,07
Valle d'Aosta	48,48	47,25	55,23
Lombardia	90,18	94,66	86,09
P.A. di Bolzano	54,14	77,03	75,23
P.A. di Trento	94,27	76,45	98,35
Veneto	94,08	96,40	91,36
Friuli Venezia Giulia	71,24	73,30	75,29
Liguria	61,41	86,81	77,49
Emilia Romagna	96,13	95,57	93,50
Toscana	86,57	96,42	92,32
Umbria	79,59	83,88	84,42
Marche	60,91	91,03	91,26
Lazio	74,08	72,07	81,30
Abruzzo	49,31	62,18	73,10
Molise	50,69	61,23	67,54
Campania	69,68	55,76	68,66
Puglia	75,97	70,02	79,69
Basilicata	68,46	61,92	78,03
Calabria	36,59	34,88	63,78
Sicilia	47,18	58,04	78,38
Sardegna	46,55	50,45	69,11

Tabella 36.5.4 Valutazione Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) delle regioni italiane. Anno 2023

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
P.A. di Bolzano	58	82	62
P.A. di Trento	98	83	97
Veneto	98	96	94
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Liguria	54	85	80
Emilia Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	61	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	41	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

36.6 La spesa sostenuta per l'offerta privata accreditata

L'attività erogata dalle strutture private accreditate nella regione Veneto nell'anno 2024 risulta pari a circa 2.036 milioni di euro (incluse le strutture IPAB) che rappresenta il 16,5% del totale dei costi di produzione del conto economico consolidato del SSR.
Il numero e la tipologia di strutture private accreditate con il valore dell'attività erogata in Veneto sono elencate nella tabella 36.6.1.
I privati accreditati hanno effettuato nel 2024 n. 90.979 ricoveri per residenti in Veneto (pari al 15,7% dei ricoveri complessivamente erogati nella regione a residenti in veneto) e n. 37.365 per residenti extra Veneto. Hanno inoltre erogato n. 8.653.683 prestazioni di specialistica ambulatoriale per residenti in regione (pari al 12,2% delle prestazioni complessivamente erogate nella regione a residenti in Veneto) e n. 533.170 prestazioni per extra Veneto. Gli accessi ai pronto soccorsi delle strutture private accreditate sono stati nel 2024 n. 155.276 (pari al 8,3% del totale accessi PS della Regione Veneto).
E' stato assegnato, sempre nello stesso periodo, un budget di 632 milioni di euro a privati accreditati per erogare attività a cittadini regionali, di cui 386 milioni di euro per ricoveri, 124 milioni di euro per specialistica erogata da strutture private ospedaliere e 123 milioni di euro per specialistica erogata da strutture esclusivamente ambulatoriali. Inoltre è stato assegnato nel 2024 un budget aggiuntivo per recuperare le prestazioni in lista d'attesa pari a 27,6 mln di euro.

Tabella 36.6.1 Numero di strutture private accreditate (inclusi IPAB) nella regione Veneto e costo attività erogata in milioni di euro. Anno 2024

Tipo di struttura	Numero	Valore attività erogata in milioni di euro
Ospedali privati accreditati	27	836,22
Anziani	513	552,66
Disabili	422	170,60
Salute mentale	183	60,30
Ambulatoriale	139	124,47
Dipendenze, strutture intermedie, minori, trasfusionale	142	111,49
Trasporto e soccorso	91	65,08
Cure termali	83	21,21
Hospice	15	9,87
Centri e Presidi di riabilitazione funzionale	22	31,24
Costi per assistenza integrativa e protesica da privati		52,50
Totale	**1637**	**2.035,63**

Tabella 36.6.2 Attività svolta in strutture private accreditate anni 2019-2024 (fonte: DWH regionale, estrazione mese aprile 2025)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N. ricoveri residenti in veneto	93.416	87.669	91.160	90.712	88.732	90.979
N. ricoveri residenti extra veneto	33.044	27.275	32.165	34.408	36.990	37.365
% dei ricoveri in strutture private per residenti in veneto	15,3%	16,8%	17,2%	16,4%	15,6%	15,7%
N. prestazioni specialistica ambulatoriale residenti in veneto	9.267.980	8.350.082	9.060.420	8.845.830	8.756.018	8.653.683
N. prestazioni specialistica ambulatoriale residenti extra veneto	419.007	367.955	453.780	488.021	513.479	533.170
% delle prestazioni specialistica ambulatoriale in strutture private per residenti in veneto	15,1%	15,3%	13,8%	13,3%	12,8%	12,2%
N. accessi Pronto soccorso in strutture Private accreditate	151.253	118.748	134.306	147.044	153.153	155.276
Incidenza % accessi Pronto soccorso privati accreditati	7,8%	8,7%	8,8%	8,3%	8,3%	8,3%

Figura 36.6.1 Attività ospedaliera erogatori privati accreditati per specialità di dimissione suddivisa tra cittadini veneti e da fuori regione. Anno 2024

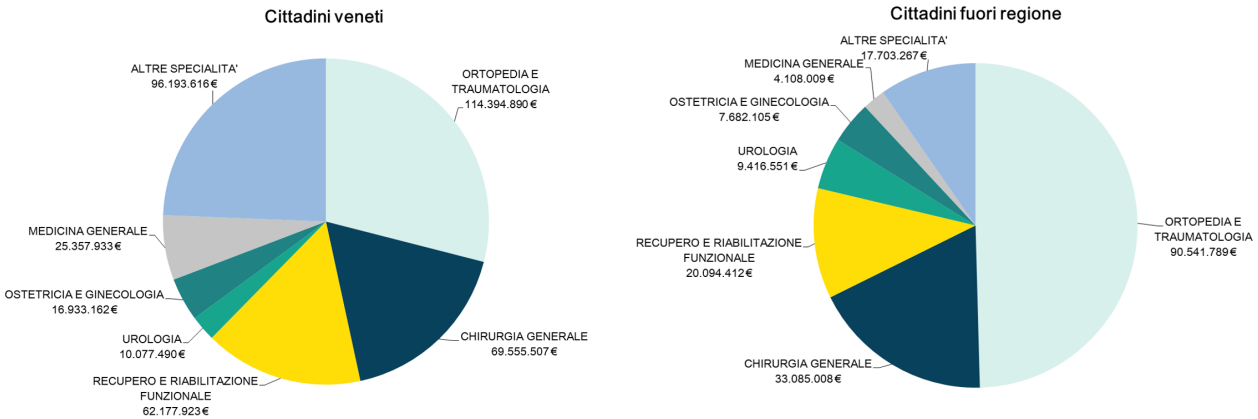
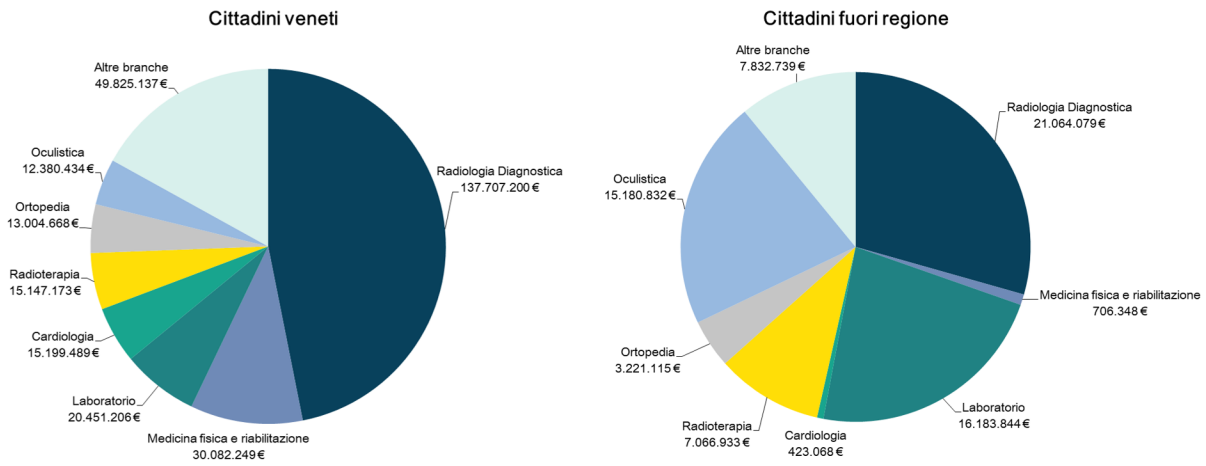


Figura 36.6.2 Attività ambulatoriale erogatori privati accreditati per disciplina suddivisa tra cittadini veneti e da fuori regione. Anno 2024



Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778238

36.7 La spesa out of pocket

La spesa sanitaria "out of pocket" comprende tutte le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini che prevedono un esborso di denaro da parte dell'utente.
Il "monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 11" a cura del Mef analizza questa tipologia di spesa. Infatti i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie trasmettono telematicamente al Sistema TS (Tessera Sanitaria) i documenti di spesa sanitaria dei cittadini. I dati trasmessi al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito. Tra le spese sanitarie sono ricompresi: i ticket pagati sulle prestazioni erogate a carico del SSN, i farmaci (anche omeopatici ovvero ad uso veterinario) e i servizi erogati dalle farmacie, i dispositivi medici con marcatura CE e le altre prestazioni erogate dalle strutture sanitarie.
Nell'anno 2023 la spesa sanitaria trasmessa tramite sistema TS in Italia è stata pari a 43,1 miliardi di euro di cui 12,16 mld da farmacie, 7,62 mld da strutture private accreditate, 7,23 mld da strutture autorizzate non accreditate, 5,88 mld da medici chirurghi odontoiatri.

Per il 2023, la spesa sanitaria privata, dopo il rallentamento registrato nel 2020 (pari a -11,6% vs il 2019), presenta una variazione pari al +7% rispetto ai valori dell'anno precedente. La distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria, riportata nella tabella seguente, per l'anno 2023, mostra che la ricrescita dei valori risulta sostanzialmente equidistribuita su tutto il territorio nazionale.

La regione Veneto risulta avere nel 2023 una spesa sanitaria privata pari a 4,11 miliardi di euro, con una variazione rispetto al 2022 pari al +7,3%, superiore rispetto all'aumento nazionale pari al 7%.
Il costo pro capite per la regione Veneto risulta pari a circa 847 €/abitante rispetto alla media nazionale che è di circa 730 €/abitante, quindi maggiore di 116€ ad abitante rispetto alla media nazionale.

Figura 36.7.1 Spesa sanitaria privata 2023 in Italia per tipologia di spesa e struttura di erogazione. Fonte MEF "Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto 11"

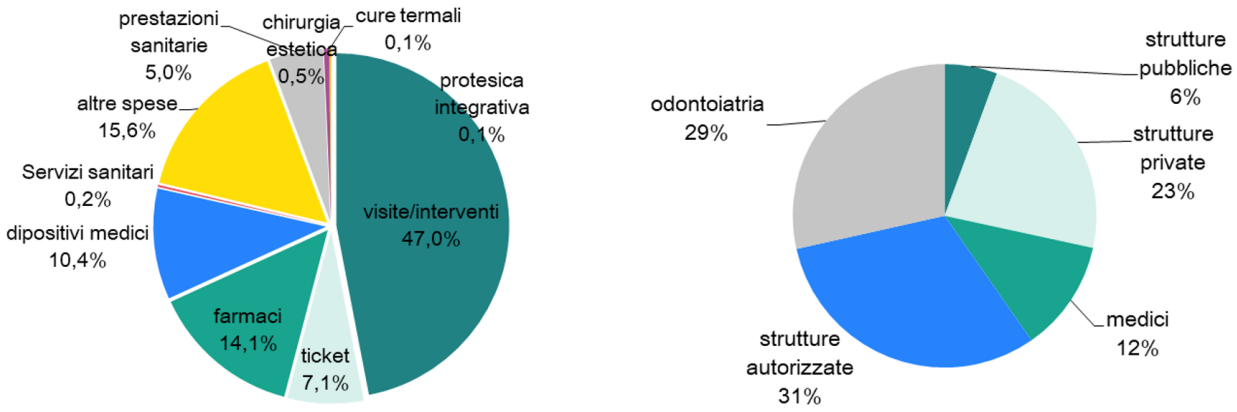


Tabella 36.7.1 Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2023 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali). Fonte MEF "Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto 11"

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023 Vs 2022 variazione percentuale
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	2,96	3,20	3,46	8,1%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	0,08	0,08	0,0%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	8,52	9,32	10,2	9,4%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	0,37	0,44	0,45	2,3%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	0,38	0,43	0,46	7,0%
Veneto	**2,92**	**3,1**	**3,26**	**3,52**	**3,14**	**3,68**	**3,83**	**4,11**	**7,3%**
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	0,76	0,81	0,88	8,6%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	1,07	1,17	1,24	6,0%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	3,5	3,77	3,82	1,3%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,3	2,07	2,5	2,73	2,94	7,7%
Umbria	0,35	0,38	0,4	0,44	0,39	0,47	0,51	0,55	7,8%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,8	0,71	0,89	0,95	0,95	0,0%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	4,2	4,57	4,87	6,6%
Abruzzo	0,44	0,47	0,5	0,54	0,47	0,58	0,63	0,67	6,3%
Molise	0,069	0,1	0,1	0,11	0,09	0,11	0,13	0,13	0,0%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	2,08	2,25	2,42	7,6%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	1,67	1,80	1,95	8,3%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	0,19	0,19	0,2	5,3%
Calabria	0,46	0,5	0,54	0,6	0,53	0,66	0,71	0,77	8,5%
Sicilia	1,3	1,4	1,51	1,62	1,46	1,79	1,94	2,08	7,2%
Sardegna	0,5	0,55	0,6	0,65	0,56	0,71	0,79	0,86	8,9%
ITALIA	**28,13**	**30,48**	**32,29**	**34,86**	**30,79**	**37,16**	**40,26**	**43,1**	**7,0%**
Variazione %		8,70%	5,90%	7,90%	-11,60%	20,70%	8,3%	7,00%	

Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

36.8 L'impatto della mobilità sanitaria interregionale

Analizzando l'andamento della mobilità sanitaria dei pazienti fuori regione negli anni 2019-2024 si evidenzia un incremento del saldo regionale di circa 44 mln con un impatto positivo nel bilancio consolidato regionale 2024 per complessivi 205 milioni di euro. In altri termini, il valore economico dell'attività erogata dalle strutture sanitarie del Veneto - sia pubbliche che private - a pazienti residenti in altre regioni italiane è superiore al valore dell'attività in favore di residenti veneti ma erogata in aziende o strutture sanitarie di altre zone d'Italia.
Va precisato che il dato qui rappresentato è quello contabile, ovvero sono i valori economici esposti nel bilancio di esercizio consolidato del SSR. Questi discendono dagli accordi sulla mobilità interregionale tra regioni, formalizzati in occasione della annuali intese sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale. Considerando i meccanismi di regolazione e compensazione attuati, i valori "contabili" della mobilità interregionale - a livello complessivo regionale - non corrispondono con il valore economico dell'attività offerta o ricevuta nell'anno di riferimento, bensì - tendenzialmente - a quelli di uno o due anni prima.
In particolare, nell'anno 2024 il contributo degli erogatori privati accreditati alla mobilità attiva risulta pari a 270 milioni di euro di cui 181 milioni per ricoveri ospedalieri. Con DGR 1012 del 3/9/2024 è stato approvato lo schema di accordo fra la Regione Emilia Romagna e la Regione del Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale per gli anni 2024-2026.

Analizzando il saldo di mobilità per Azienda, emerge nel quinquennio analizzato un saldo negativo per le Ulss 1, 2, 3, 7 e 8 dovuto principalmente all'assistenza ospedaliera. Guardando i saldi per flusso di attività nel 2024 emerge come i trasporti sanitari abbiano un saldo negativo pari a 2,3 mln di euro.

Figura 36.8.1 Mobilità attiva e passiva in milioni di euro. Anni 2019-2024

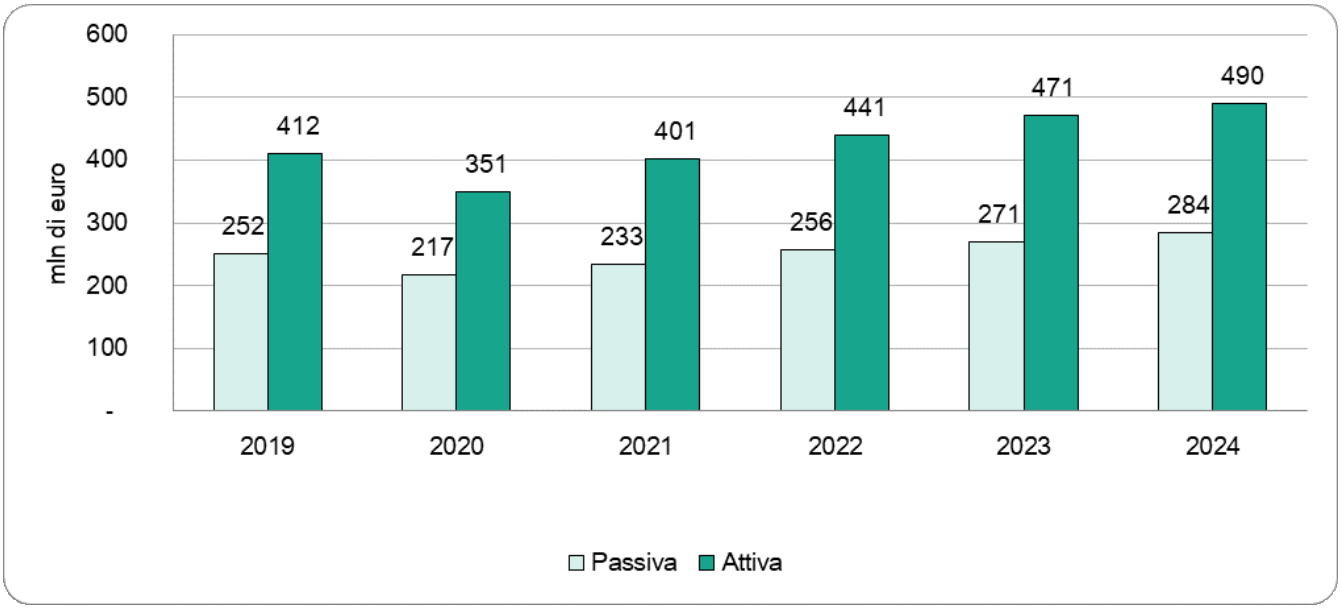


Figura 36.8.2 Saldo mobilità per azienda in milioni di euro. Anni 2019-2024

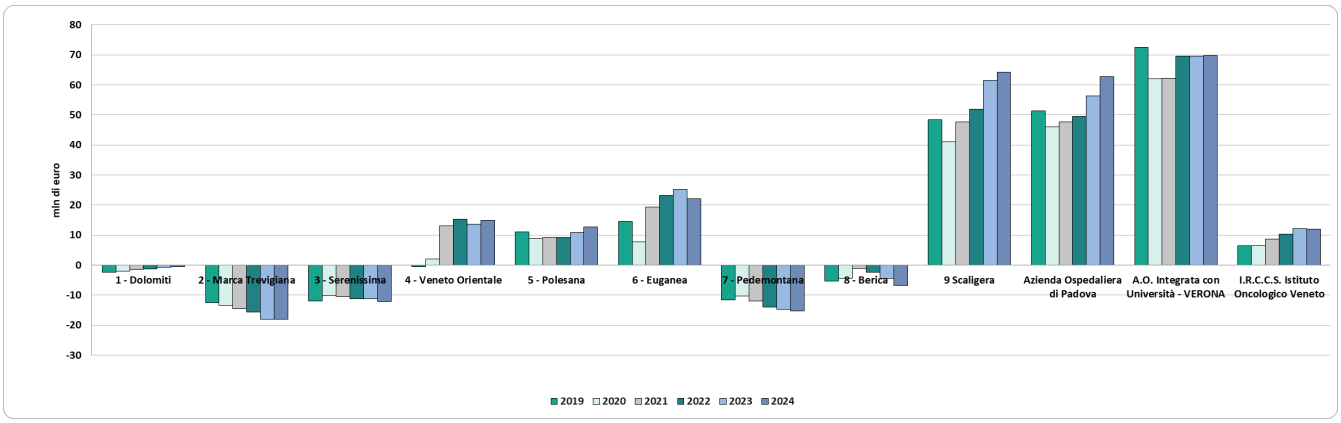


Tabella 36.8.1 Saldo mobilità per linea di attività in milioni di euro. Anni 2019-2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ricoveri	108,99	98,82	110,66	115,32	125,92	124,55
Medicina di Base	0,70	0,70	0,95	1,08	0,72	0,62
Specialistica Ambulatoriale	42,63	33,13	45,03	51,54	55,34	59,17
Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	1,02	0,01	1,82	2,55	1,72	1,44
Farmaceutica territoriale	1,63	1,08	1,58	2,00	2,73	3,37
Termale	6,54	0,42	5,20	6,87	8,80	8,40
Somministrazione Diretta Farmaci	-1,94	0,29	2,23	4,27	5,18	8,36
Trasporti sanitari	-1,72	-2,73	-1,64	-1,33	-2,42	-2,27
Altro residuale	1,95	2,28	2,05	2,06	1,90	1,70

Tabella 36.8.2 Saldo mobilità per linea di attività e per Azienda in milioni di euro. Anno 2024

Azienda inviante	Ricoveri	Medicina di Base	Specialistica Ambulatoriale	Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero	Farmaceutica territoriale	Terme	Somministrazione Diretta Farmaci	Trasporti	Altro residuale	TOTALE
1 - DOLOMITI	-1,82	-0,05	0,32	0,54	0,21	-0,08	-0,57	0,87	0,00	**-0,57**
2 - MARCA TREVIGIANA	-8,43	0,23	-5,64	-0,18	0,60	-0,31	-4,22	-0,26	0,24	**-17,94**
3 - SERENISSIMA	-9,83	0,00	-0,64	0,12	0,22	-0,16	-1,50	-0,41	-0,02	**-12,21**
4 - VENETO ORIENTALE	13,50	0,01	4,62	-0,14	0,45	1,01	-4,54	-0,03	0,00	**14,89**
5 - POLESANA	6,15	-0,05	8,11	0,16	0,10	-0,09	-3,03	-0,17	1,45	**12,64**
6 - EUGANEA	-1,44	0,06	16,74	-0,25	0,49	9,30	-2,14	-0,82	0,09	**22,00**
7 - PEDEMONTANA	-12,62	0,04	-1,06	-0,01	0,17	-0,18	-1,22	-0,43	0,04	**-15,27**
8 - BERICA	-6,68	0,09	0,62	-0,08	0,16	-0,20	-0,30	-0,39	0,00	**-6,77**
9 - SCALIGERA	44,64	0,28	16,30	0,36	0,97	-0,90	4,03	-1,41	-0,11	**64,17**
Az. Osped. Padova	46,70	0,00	6,94	0,55	0,00	0,00	8,29	0,25	0,00	**62,73**
AOUI - Az. Osp. Universitaria Integrata	51,08	0,00	8,19	0,36	0,00	0,00	9,50	0,53	0,00	**69,66**
Istituto Oncologico Veneto	3,31	0,00	4,67	0,00	0,00	0,00	4,04	0,00	0,00	**12,02**

Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

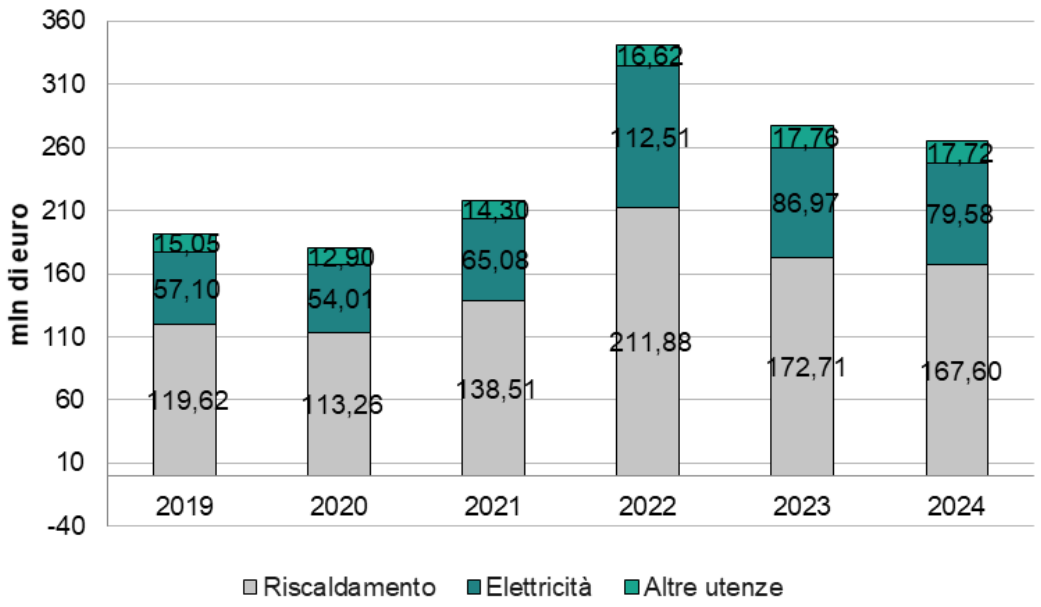
Telefono: 049 8778515

36.9 I costi per l'energia

In questo paragrafo vengono analizzate le tre principali voci che compongono il costo complessivo per l'energia del SSR della Regione Veneto, quindi riscaldamento, elettricità ed altre utenze.
Nell'esercizio 2019 la spesa complessiva per l'energia è risultata pari a 191,8 milioni di euro, pari all'1,87% del totale dei costi della produzione comprensivi delle imposte. Nell'esercizio 2020 tale importo è risultato pari ad euro 180,2 milioni di euro, dato influenzato dal calo dell'attività sanitaria dovuto all'emergenza sanitaria causata dal diffondersi del Covid-19, pari all'1,64% del totale dei costi.
Nell'esercizio 2021 il costo totale destinato alle fonti energetiche risultava pari ad euro 217,9 milioni di euro, pari all'1,90% dei costi complessivi.
Nell'esercizio 2022, anno in cui il costo delle fonti energetiche ha subito un importante aumento in tutta Italia anche a causa dello scoppio del conflitto in Ucraina e dalla spirale inflazionistica tuttora in corso, il costo complessivo è risultato pari ad euro 341 milioni, il 2,87% del costo di produzione complessivo.
Nell'esercizio 2023 la spesa sanitaria relativa ai costi energetici del Veneto è complessivamente diminuita per un importo pari ad euro 63,6 milioni rispetto all'anno 2022, ma ha comunque consolidato un aumento rispetto all'anno 2021 di circa 60 milioni di euro. L'incidenza sul costo totale di produzione è del 2,3%.
Infine, nell'ultimo esercizio 2024 i costi per l'approvvigionamento energetico sono rimasti in linea con l'esercizio precedente, attestandosi complessivamente a 265 milioni di euro (pari al 2,1% dei costi complessivi del SSR). Di seguito un dettaglio della composizione dei costi energetici.

Analizzando i conti nel dettaglio, si deduce che:
- la voce "Utenze elettricità", che rappresenta il 30% della spesa complessiva nel 2024, ha subito un decremento, rispetto all'anno precedente, di euro 7,5 mln (-8,5%);
- la voce "Riscaldamento", che corrisponde al 63,3% della spesa, nello stesso periodo ha subito un decremento di 5 mln di euro (-3%);
- la voce "Altre utenze", che rappresenta il 6,7% della spesa complessiva, registra un importo pari all'anno 2023.

Figura 36.9.1 Livelli di costo del fabbisogno energetico in milioni di euro in Veneto. Anni 2019-2024



Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

36.10 I costi per l'emergenza Ucraina

In conseguenza dello scoppio del conflitto bellico in Ucraina, la Regione Veneto ha provveduto tempestivamente all'attivazione degli HUB di prima accoglienza nel territorio veneto. Oltre a questo, è stata prevista la proroga dei contratti in essere nei Covid Hospital e nei Covid Hotel inizialmente utilizzati per contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19.

Data la difficoltà nel reperire dati esatti sul numero delle persone in arrivo, il primo Piano di intervento prevedeva la predisposizione da parte della Regione di circa n. 1200 posti letto, distribuiti sul territorio negli hub di primissima accoglienza dove alloggiare i migranti per un periodo massimo di 7 giorni. Questi hub sono stati realizzati per intercettare i flussi di migranti che arrivavano in gruppi rilevanti e programmati.

Al fine di garantire procedure veloci che consentano con immediatezza di intervenire ad assicurare l'assistenza sanitaria a tutte le persone provenienti dall'Ucraina, indipendentemente dalla nazionalità, si è raccomandato l'utilizzo del codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) per tutte le prestazioni sanitarie da erogare.

L'Ordinanza del Capo di Dipartimento di Protezione Civile n. 881 recante "Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile per assicurare, sul territorio nazionale, l'accoglienza, il soccorso e l'assistenza alla popolazione in conseguenza degli accadimenti in atto nel territorio dell'Ucraina" ha previsto che le Regioni e le Province Autonome provvedano, sulla contabilità 2022, all'apertura di un centro di costo dedicato, garantendo la possibilità di tracciare tutti i costi legati all'assistenza sanitaria offerta alle persone provenienti dall'Ucraina in fuga dagli eventi bellici anche grazie al codice fiscale temporaneamente assegnato a ciascun richiedente. Con l'Art.1 comma 390 della LEGGE 30 dicembre 2023, n. 213 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026) è stato prorogato lo stato di Emergenza relativo all'esigenza di assicurare soccorso ed assistenza, sul territorio nazionale, alla popolazione ucraina in conseguenza della grave crisi internazionale in atto.
Lo stato di emergenza dichiarato con la delibera del Consiglio dei ministri del 28 febbraio 2022, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 58 del 10 marzo 2022, relativo all'esigenza di assicurare soccorso ed assistenza, sul territorio nazionale, alla popolazione ucraina in conseguenza della grave crisi internazionale in atto, è ulteriormente prorogato fino al 31 dicembre 2024."

Tale tracciatura dei costi ha consentito di quantificare complessivamente nell'esercizio 2024 un totale complessivo di 6,45 milioni di euro spesi per l'accoglienza, il soccorso e le prestazioni sanitarie alle persone di nazionalità ucraina.

Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

36.11 La spesa per gli investimenti

Nei sei anni oggetto di analisi, dal 2019 al 2024, gli investimenti hanno registrato una crescita generale, seppure molto variabile nei differenti esercizi.
Rispetto al 2019, ultimo anno non colpito da "eventi straordinari" quali Covid, incrementi dei costi energetici e PNRR, gli aumenti sono stati costanti, variando da oltre l'80%, (+148 milioni tra 2021 e 2019), a poco più del 57% guardando le linee concluse nel 2024 (+103 mln). La media degli interventi realizzati nel quinquennio 2020-2024 è stata di circa 275 milioni, quasi 100 milioni superiore al 2019.
La tabella 36.11.1 mostra come gli investimenti "ordinari" siano ogni anno superiori al 2019, con l'impatto sulla spesa accresciuto anche dagli eventi straordinari.
Dopo il picco del 2021, risultato di investimenti straordinari, il 2024 ha registrato un aumento intorno ai 21,43 milioni rispetto al 2023.
Nel 2024 si sono concretizzati investimenti per 284,43 milioni e, al netto delle "componenti straordinarie", la spesa è confermata in crescita sia rispetto al precedente esercizio, sia rispetto al 2019, mostrando il superamento del trend degli anni antecedenti (2012-2019) tra i 200 e i 250 milioni.
La tabella 36.11.2 rappresenta il dettaglio del livello complessivo degli investimenti realizzati negli anni per singola Azienda.
Oltre alle componenti straordinarie (in particolare le realizzazioni e acquisizioni PNRR), ulteriori interventi eccezionali hanno generato un impatto considerevole sul livello di spesa complessiva; tra questi:
- realizzazione, nel 2020, della nuova Piastra Operatoria di Feltre;
- esercizio 2021: interventi sul Padiglione Gaggia dell'Ospedale SS. Giovanni e Paolo Venezia, lavori (adeguamento e blocchi operatori) dell'Ospedale di Asiago, conclusione della fase 2 del Project Financing e manutenzioni straordinarie dell'Azienda Ospedaliera di Verona, rinnovo attrezzature per l'Azienda Ospedaliera di Padova;
- tecnologia per le nuove sale ibride e rinnovo piccole attrezzature sotto soglia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, (2022);
- adeguamento sismico del presidio di Vittorio Veneto, allestimento edificio 29 della Cittadella Sanitaria di Treviso, realizzazione elipiazzola e terapie intensive degli Ospedali di Camposampiero e Piove di Sacco, prima fase dei lavori dell'edificio Policlinico Corpo Trattamenti ed interventi dell'area materno infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova (2023);
- Licenze VMware acquisite da Azienda Zero, realizzazione dell'Ospedale di Lamon e adeguamenti antincendio nell'esercizio appena concluso.

Nel 2023 è intervenuta una sostanziale modifica nel finanziamento degli investimenti, con una quota del riparto assegnata all'adeguamento delle disponibilità delle Aziende. Essa ha consentito alle Aziende una maggiore certezza riguardo alla effettiva disponibilità delle risorse regionali e una conseguente più efficiente programmazione di spesa. Queste risorse sono state ulteriormente ripartite, riservando una percentuale per i nuovi investimenti, a garanzia, previa autorizzazione regionale, del "potenziamento del sistema di offerta", ed una quota più ampia a

monte con funzione di mantenimento degli investimenti in patrimonio esistente, per un budget finanziario complessivo di 97,44 milioni.
Per quanto sopra descritto, gli investimenti che, fino all'esercizio 2022 trovavano copertura principalmente nelle risorse delle Aziende, dal 2023 sono stati finanziati mediante le risorse regionali erogate "a monte", nonché con quelle a disposizione della CRITE. Tuttavia, nel 2024 circa il 20% degli investimenti risultano ancora finanziati da risorse aziendali (in particolare accantonamenti) e da risorse statali, per circa il 27% delle risorse complessive. Si conferma di conseguenza in linea con gli anni precedenti il rapporto delle risorse proprie nel totale degli impieghi, correlato a una minore capacità delle aziende di finanziare autonomamente il mantenimento del proprio patrimonio.

Tabella 36.11.1 Investimenti conclusi in milioni di euro con evidenza delle componenti straordinarie

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
investimenti rientranti nell'ambito dell'emergenza COVID	-	66,45	62,20	23,44	13,61	7,06
altri investimenti	181,56	225,35	261,05	187,87	215,02	202,49
investimenti PNRR			6,66	13,06	34,37	74,88
Totale complessivo	**181,56**	**291,80**	**329,91**	**224,37**	**263,00**	**284,43**

Figura 36.11.1 Trend investimenti conclusi in milioni di euro

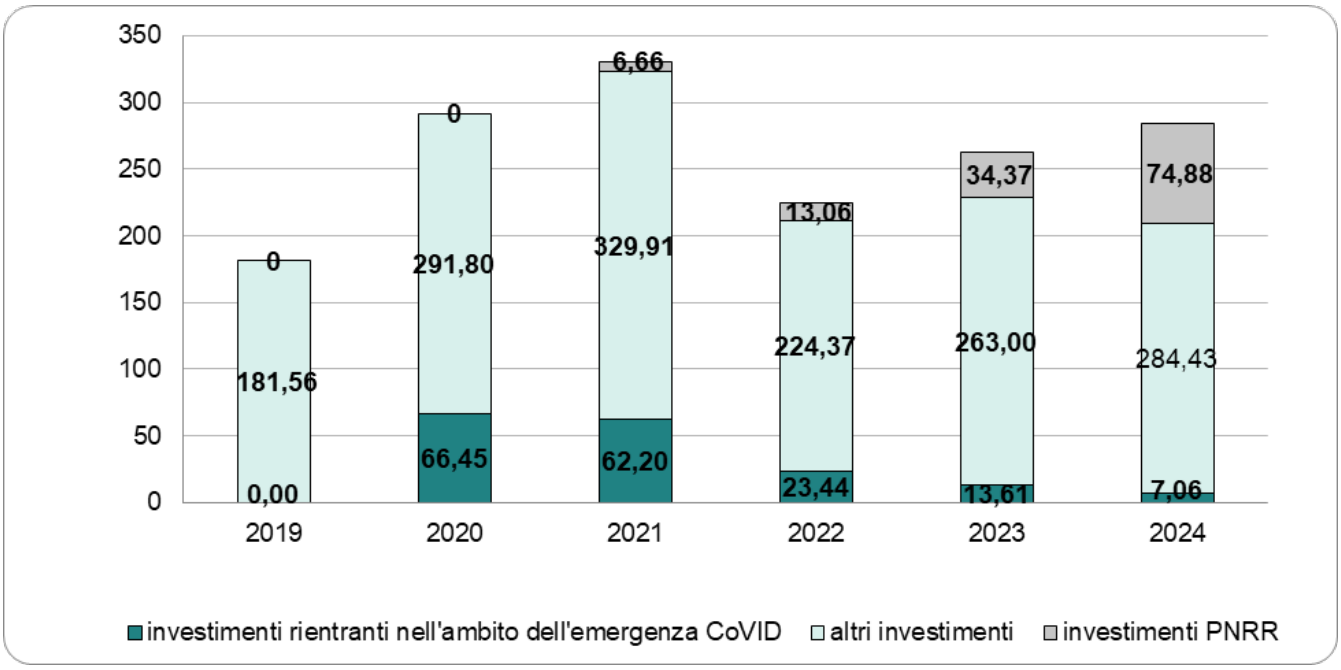
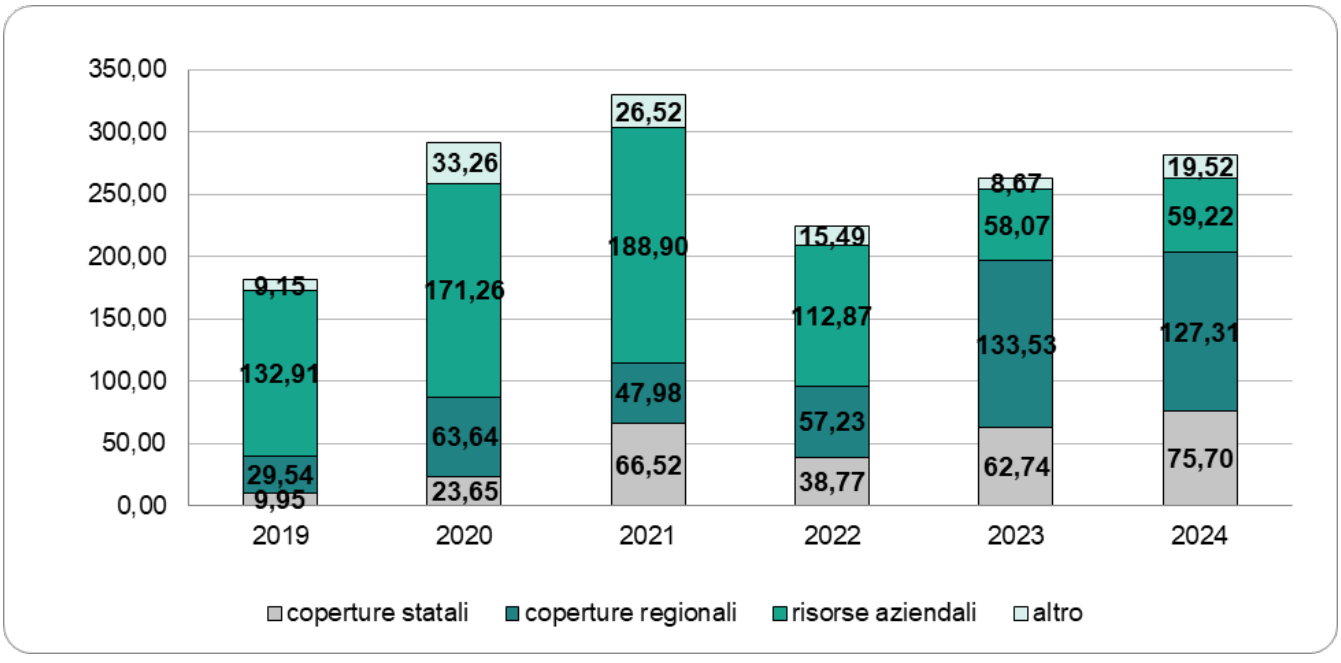


Tabella 36.11.2 Investimenti conclusi per azienda e anno in milioni di euro

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Azienda Zero	9,66	13,73	11,55	11,22	6,98	14,60
1 - Dolomiti	7,70	39,93	16,14	12,35	16,48	23,88
2 - Marca	30,24	28,88	27,30	19,34	40,09	38,19
3 - Serenissima	17,85	31,45	40,82	26,97	22,81	44,01
4 - Veneto Orientale	10,07	12,65	18,31	11,35	7,08	9,66
5 - Polesana	10,31	16,90	20,39	16,80	11,81	16,54
6 - Euganea	15,76	26,49	22,99	20,46	26,77	34,88
7 - Pedemontana	12,12	15,75	46,05	12,06	13,50	10,87
8 - Berica	21,17	41,30	29,14	18,16	19,04	24,21
9 - Scaligera	9,68	21,70	14,68	12,93	25,50	13,41
AOUPD	15,39	18,95	32,12	34,07	48,22	29,49
AOUIVR	19,13	19,85	45,08	18,74	17,13	17,48
IOV	2,47	4,24	5,33	9,91	7,60	7,21
Totale complessivo	**181,56**	**291,80**	**329,91**	**224,37**	**263,00**	**284,43**

Figura 36.11.2 Investimenti conclusi e risorse dedicate in milioni di euro



Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

36.12 Le aree di investimento e le determinanti di spesa

Analizzando l'incidenza delle categorie di investimento a livello consolidato, si possono mettere in luce alcune considerazioni significative.

Edilizia Sanitaria: Anche per il 2024 quest'area ha rappresentato oltre un terzo degli impieghi annui delle aziende, pur non raggiungendo il picco del 2021 (48%). La stessa risulta infatti leggermente in calo rispetto agli esercizi precedenti, tornando vicina ai volumi registrati nel 2019. L'ammontare degli investimenti, come si vede nella tabella 36.12.1 ha raggiunto i 101 milioni sui quali, in particolare, hanno gravato:
- la capitalizzazione di parte di lavori (varianti di perizie, lavori propedeutici ed esecutivi) per la realizzazione delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità, per circa 10,5 milioni;
- i lavori di adeguamento normativo ed operativi per l'installazione delle Grandi Attrezzature acquisite prevalentemente nell'ambito delle linee di intervento PNRR (circa 12 milioni);
- alcuni corposi interventi specifici quali i lavori per la realizzazione della nuova Piastra Degenze del presidio di Cittadella, la riqualificazione del Padiglione 6 dell'Ospedale ai colli di Padova, la riorganizzazione strutturale e funzionale dell'Ospedale di Lamon.

Le attrezzature sanitarie costituiscono da sempre l'altra voce preponderante di investimento. Anche tale area ha registrato incrementi in valore assoluto (73 mln nel 2019, 123 mln nel 2024). Nel 2024 si evidenzia un aumento dell'incidenza della stessa sul totale degli impieghi (2023=36%; 2024=43%). In particolare nel 2024 le attrezzature tornano a rappresentare la principale voce di investimento per le Aziende Sanitarie, dopo un triennio in cui l'Edilizia è risultato essere il settore in cui si sono registrati gli impieghi maggiori.

E' evidente che, anche in questo caso, sia determinante la realizzazione della Componente 2 – Investimento 1.1.1 (ammodernamento parco tecnologico e ospedaliero) in aggiunta a quelli che sono gli elementi caratteristici di tali impieghi, quali il livello produttivo ed il livello di obsolescenza tecnologica.

Nel merito si propongono di seguito alcuni dati significativi:
- Nella tabella 36.12.2 si dà evidenza delle cosiddette "grandi attrezzature" per Imaging presenti nelle Aziende Sanitarie Venete e della loro produttività. Si precisa che il dato può risentire della mancata dismissione di alcune macchine molto obsolete di fatto non più utilizzate, nonché, di converso, dell'installazione di nuova tecnologia non a "pieno regime erogativo".
- Grado di obsolescenza tecnologica: viene ricavato direttamente dai bilanci consuntivi aziendali ed è un valore aggregato relativo a tutte le attrezzature che rientrano nel patrimonio delle Aziende sanitarie. L'uniformità di questo dato deriva dall'applicazione dei criteri di ammortamento fiscale data la variabilità della vita utile, subordinata alla tipologia di macchina, al suo utilizzo, nonché ad aspetti quali il livello specialistico richiesto e la sua stessa dislocazione in ospedali di tipo hub o spoke.

- Informatica: tale voce nel 2024 si incrementa in valore assoluto superando, per la prima volta, i 40 milioni, con un'incidenza del 15% sul totale degli investimenti. Tale peso, inferiore solamente al 2022 (dove tuttavia erano in forte contrazioni gli investimenti in attrezzature ed edilizia), si spiega fondamentalmente con la realizzazione di alcuni dei progetti di carattere regionale attinenti al Sistema informativo Ospedaliero (SIO) e di altri per la digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione. Tali investimenti, infatti, vengono per la maggior parte centralizzati, mediante le acquisizioni e le gare che Azienda Zero compie per il sistema e che in prospettiva dovranno portare ad una diminuzione degli impegni delle singole Aziende e ad un corrispettivo aumento degli acquisti centralizzati in Azienda Zero.

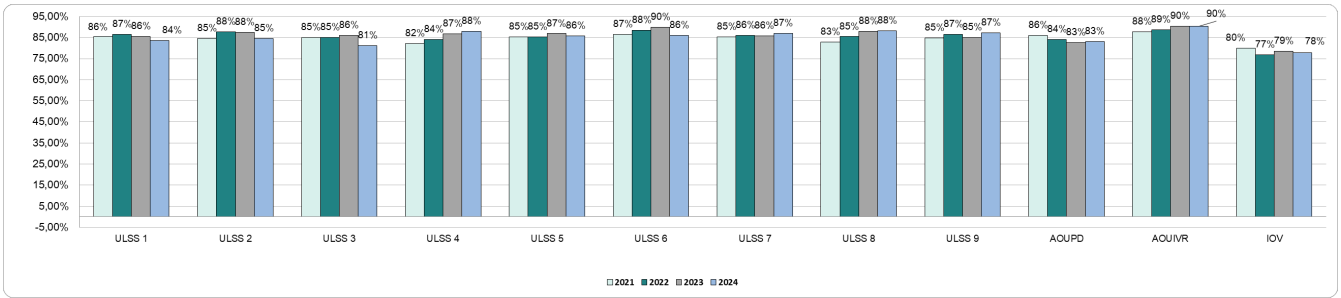
Tabella 36.12.1 Investimenti conclusi per categoria in milioni di euro. Anni 2019-2024

Categoria investimento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Altri beni	19,42	22,12	25,34	17,79	26,02	18,02
Attrezzature	73,12	123,46	111,11	81,45	95,02	122,75
Edilizia	63,25	109,75	158,55	86,73	104,60	100,97
Informatica	25,77	36,47	34,91	38,39	37,36	42,69
Totale complessivo	**181,56**	**291,80**	**329,91**	**224,37**	**263,00**	**284,43**

Tabella 36.12.2 Grandi Attrezzature Imaging in uso e produttività.

	2022			2023			2024		
Apparecchio	Apparecchi in uso	Nr. Prestazioni	Produttività/ macchina	Apparecchi in uso	Nr. Prestazioni	Produttività/ macchina	Apparecchi in uso	Nr. Prestazioni	Produttività/ macchina
TAC/GAMMA CAMERE	11	27.774	2.525	12	33.193	2.766	17	31.955	1.682
TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI	83	706.835	8.516	82	694.979	8.475	81	748.292	9.238
TOMOGRAFI A MAGNETE/ SPECIALI/ SETTORIALI	61	223.256	3.660	58	234.315	4.040	57	238.749	4.189
SISTEMI TAC/PET	8	22.681	2.835	8	31.276	3.910	10	30.245	3.025
Totale	**163**	**980.546**	**6.016**	**160**	**993.763**	**6.211**	**165**	**1.049.241**	**6.283**

Figura 36.12.1 Tasso di obsolescenza attrezzature sanitarie per Azienda.



Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

36.13 Il patrimonio del SSR

Il patrimonio del SSR, inteso come capitale immobilizzato, ammonta al 31/12/2024 a 3.042 milioni di euro. Nella tabella sottostante viene rappresentata la composizione del patrimonio del SSR suddiviso tra immobilizzazioni immateriali, immobilizzazioni materiali (disponibili e indisponibili) e immobilizzazioni finanziarie. Risulta evidente come l'edilizia ospedaliera (fabbricati e impianti) è la componente più rilevante, seguita dai 274 mln di patrimonio in attrezzature sanitarie.

Tabella 36.13.1 Capitale immobilizzato in milioni di euro al 31/12/2024

	2024 mln di euro
Costi di impianto e ampliamento	0
Costi di ricerca e sviluppo	1
Diritti di brevetto	29
Concessioni licenze e marchi	20
Migliori su beni di terzi	190
Altre imm. Immateriali	35
TOTALE IMM. IMMATERIALI	**274**
Terreni disponibili	9
Terreni indisponibili	71
Fabbricati disponibili	33
Fabbricati indisponibili	2.113
Impianti e macchinari	157
Attrezzature sanitarie	274
Mobili arredi	38
Automezzi	6
Oggetti d'arte	5
Altre immobilizzazioni	**39**
TOTALE IMM. MATERIALI	**2.744**
Crediti Finanziari	0
Partecipazioni in imprese controllate	23
Partecipazioni in imprese collegate	0
Partecipazioni in altre imprese	0
TOTALE IMM. FINANZIARIE	**24**
TOTALE COMPLESSIVO	**3.042**

Per maggiori informazioni

UOS Programmazione e controllo direzionale - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

E-mail: controllo.gestione@azero.veneto.it

Telefono: 049 8778515

Gestione risorse

37. I ricavi del Servizio Sanitario Regionale

CONTENUTI

- 37.1 Il Fondo Sanitario Regionale
- 37.2 Il payback farmaceutico e dispositivi medici
- 37.3 Altri ricavi del SSR

I RICAVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

12,5 miliardi di euro — **Valore della produzione Anno 2024**

di cui:

10,7 miliardi di euro Fondo Sanitario Regionale

0,7 miliardi di euro ricavi per prestazioni sanitarie

0,2 miliardi di euro extra FSR

0,9 miliardi di euro altri ricavi

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

Per maggiori informazioni

UOC Contabilità e Controlli Gestionali - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

bilanciossr@azero.veneto.it

049 8778118

37.1 Il Fondo Sanitario Regionale

Il Fondo Sanitario Regionale dell'anno 2024 per la Regione del Veneto (in seguito FSR) ammonta a circa 10 miliardi di euro, pari al 8,2% del Fondo Sanitario Nazionale.
Il FSR costituisce l'86% dei ricavi del Servizio Sanitario Regionale ed è finanziato come riportato in Tabella 37.1.1.
Il FSR è stato ripartito tra le Aziende Sanitarie del SSR come rappresentato nella Tabella 37.1.2.

Tabella 37.1.1 Fondo Sanitario Regionale in milioni di euro. Anno 2024. Fonte: Intesa CSR 228/2024 e ss.mm.ii - File Stanziamenti MEF Anno 2024

	Anno 2024 mln di euro
IRAP	2.446
ADDIZIONALE IRPEF	998
IVA	6.954
TOT. FSR INDISTINTO	**10.398**
QUOTE PREMIALI	40
FSR VINCOLATO	266
TOTALE FSR	**10.704,00**

Tabella 37.1.2 Riparto FSR in milioni di euro. Anno 2024. Fonte: DGR 35/2025, 424/2025 e ss.mm.ii - Bilancio regionale

	FSR indistinto	FSR indistinto vincolato da Regione (GSA)	FSR indistinto a funzione	di cui Pronto Soccorso	di cui Altri finanziamenti a funzione	FSR Vincolato da Stato	TOTALE FSR 2024
1 - Dolomiti	429,51	11,29	27,27	8,53	18,74	7,77	475,85
2 - Marca	1.604,48	57,50	43,19	13,50	29,69	31,37	1.736,54
3 - Serenissima	1.189,05	31,26	39,74	12,43	27,30	22,39	1.282,43
4 - Veneto Orientale	425,22	12,85	11,84	4,74	7,10	6,92	456,83
5 - Polesana	474,30	13,02	22,84	7,39	15,45	8,72	518,88
6 - Euganea	1.711,72	42,90	33,24	10,17	23,08	26,56	1.814,43
7 - Pedemontana	667,64	18,61	13,79	5,76	8,03	11,28	711,32
8 - Berica	891,37	23,49	31,26	9,25	22,01	20,63	966,75
9 - Scaligera	1.693,93	37,87	47,60	14,80	32,80	21,85	1.801,25
AOUPD	16,13	9,13	85,81	12,08	73,73	13,98	125,05
AOUIVR	13,51	4,64	86,81	10,31	76,50	16,30	121,26
IOV	0,00	5,84	6,85	0,00	6,85	6,24	18,93
Azienda Zero	392,64	209,93	0,00	0,00	0,00	71,89	674,46
Regione Veneto	**9.509,51**	**478,34**	**450,23**	**108,94**	**341,29**	**265,90**	**10.703,98**

Per maggiori informazioni

UOC Contabilità e Controlli Gestionali - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

bilanciossr@azero.veneto.it

049 8778118

37.2 Il payback farmaceutico e dispositivi medici

Il payback farmaceutico è un meccanismo tale per cui, in caso di superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera a livello nazionale, le aziende farmaceutiche devono ripianare il 50% dell'eccedenza tramite versamenti alle Regioni/Ministero in base agli importi attribuiti da AIFA.
Nel 2024 gli introiti per payback farmaceutico ammontano a 31 mln di euro (pari allo 0,3% dei ricavi del SSR) mentre quelli per payback sui dispositivi medici ex art. 9-ter del DL 78/2015 sono stati pari a zero.

Per maggiori informazioni

UOC Contabilità e Controlli Gestionali - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

bilanciossr@azero.veneto.it

049 8778118

37.3 Altri ricavi del SSR

Nella Tabella 37.3.1 sono rappresentate le incidenze percentuali delle altre voci di ricavo del SSR.
I contributi in conto esercizio, oltre al FSR (pari a 10.703 mln di euro), si compongono di:
- 166 mln di euro di contributi extra FSR di cui i principali: 8 mln derivanti dagli introiti per sanzioni ai sensi del D.Lgs. n. 758/1994 e del D.Lgs. n. 81/2008, per interventi del Piano Regionale Interventi Urgenti (PRIU), per interventi sui molluschi bivalvi, per iniziative regionali in vista dei Giochi Olimpici e Paralimpici Invernali Milano Cortina 2026 e per Interventi di promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo;
- 78 mln composti di 71 mln di finanziamenti statali di parte corrente PNRR/PNC (ADI, ricerca, telemedicina, incremento competenze digitali, interventi integrati Salute-Ambiente-Clima, interventi su inquinanti organici persistenti, metalli e PFAS) e di 7 mln di altri finanziamenti statali da Ministero della Salute (principali: STP, test genomici ormonoresponsivo per il carcinoma mammario, implementazione del Piano Oncologico Nazionale (PON) e Progetto CCM);
- 40 mln di cui 38 mln per finanziamento all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZS) e residualmente finanziamenti da altri soggetti pubblici per interventi complementari PNRR/PNC "Salute-Ambiente-Biodiversità-Clima", per Farmacovigilanza e per i Comitati etici insistenti sul territorio;
- 15 mln di cui 3,8 mln per il Servizio di Telecontrollo e Telesoccorso di Azienda Zero e 1,6 mln per attivazione corso laurea medicina e chirurgia sede Treviso, residualmente assegnazioni di risorse per progettualità varie extra perimetro sanità alle aziende del SSR;
- 13 mln per Livelli aggiuntivi di assistenza rispetto ai LEA, contributo parrucche per donne affette da Alopecia, Azioni regionali a favore delle persone con problemi psichiatrici, terapie complementari (terapia del gioco e del sorriso e della Pet Therapy o interventi assistiti con gli animali);
- 11 mln per il finanziamento degli indennizzi L.210/92 a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati;
- 642 mila di cui al "Fondo aggregazione degli acquisti di beni e servizi" ex art. 9, comma 9, del D.L. 66/2014;
- 20 mln di euro di altri contributi composti da: 12 mln di euro di contributi per la ricerca; 8 mln di euro di contributi da privati.

Altri ricavi del SSR sono composti da:
- 299 mln di euro di utilizzi di contributi FSR e extra FSR non spesi negli anni precedenti;
- 714 mln di euro derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie (di cui 490 mln per mobilità sanitaria extraregionale, 54 mln per prestazioni erogate a privati, 146 mln per prestazioni erogate in regime di intramoenia);
- 61 mln di euro di concorsi recuperi e rimborsi (di cui 31 mln di payback farmaceutico, 20 mln di altri recuperi e rimborsi da privato, 8 mln di recuperi e rimborsi da Regione e da altri soggetti pubblici e 1 mln per rimborsi assicurativi);

- 168 mln derivanti dal pagamento del ticket per prestazioni di specialistica ambulatoriale e di pronto soccorso;
- 266 mln pari alla quota delle riserve per investimenti destinati alla copertura dei relativi ammortamenti (sterilizzazione);
- 99 mln di euro di altri ricavi e proventi.

Il valore totale dei ricavi del SSR sconta -46 mln di euro di risorse in conto esercizio destinate agli investimenti.

Tabella 37.3.1 Valore della Produzione in milioni di euro. Anno 2024 Fonte: Bilancio regionale

	Anno 2024 mln di euro	Incidenza %
Totale valore della produzione	**12.453**	**100%**
Contributi in conto esercizio	10.890	87%
Rettifica contributi conto esercizio per destinazione ad investimenti	-46	0%
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	299	2%
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	715	6%
Concorsi, recuperi e rimborsi	61	0%
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	168	1%
Quota contributi conto capitale imputata all'esercizio	266	2%
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0%
Altri ricavi e proventi	99	1%

Per maggiori informazioni

UOC Contabilità e Controlli Gestionali - Azienda Zero - Regione del Veneto

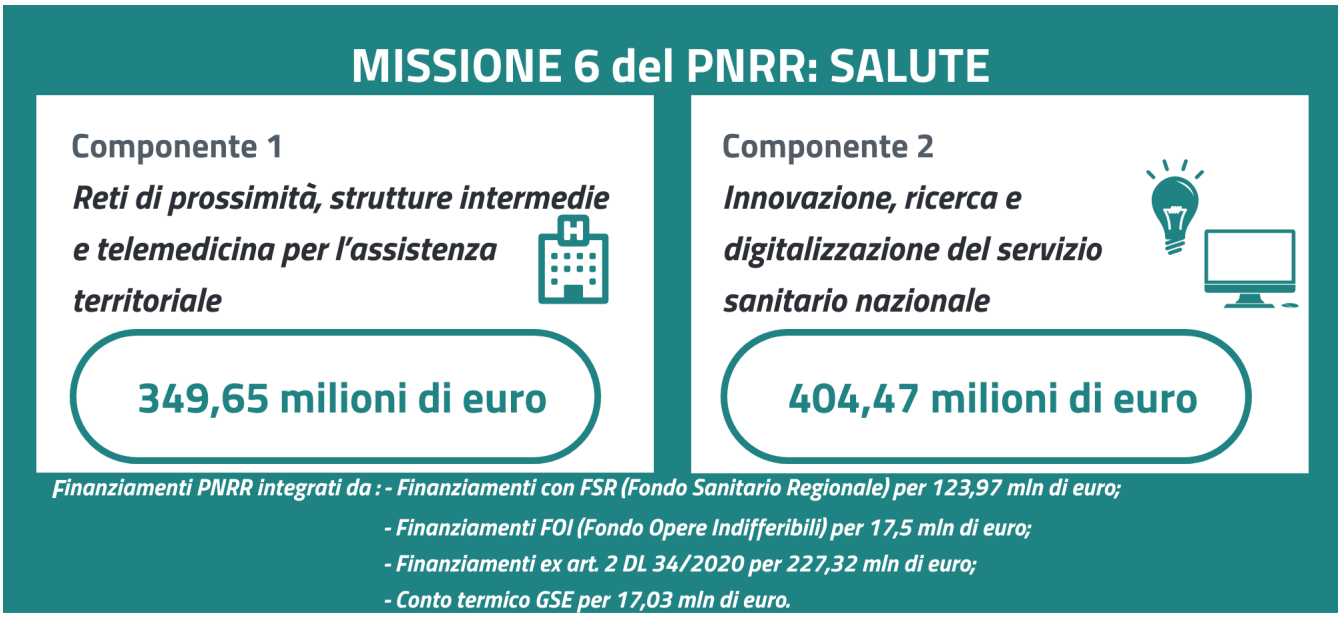
Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

bilanciossr@azero.veneto.it

049 8778118

Gestione risorse

38. Le iniziative regionali nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

La Missione 6 del PNRR, denominata "Salute", è caratterizzata da linee di azione volte a rafforzare e rendere più sinergica la risposta sanitaria territoriale e ospedaliera, nonché a promuovere e a diffondere l'attività di ricerca del Servizio Sanitario Nazionale.
La Missione 6 si articola in due componenti:
Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.
Ogni componente si articola in vari interventi.
Nella tabella sotto riportata sono evidenziate le varie linee di intervento con i relativi importi, alla cui realizzazione provvedono gli enti del Servizio Sanitario Regionale in qualità di soggetti attuatori delegati da Regione del Veneto.
I Finanziamenti PNRR sono inoltre integrati dai Finanziamenti FOI (Fondo Opere Indifferibili) per 17,5 mln di euro, istituito con il DL 50/2022 per fronteggiare l'eccezionale aumento dei materiali da costruzione;
Finanziamenti ex art. 2 DL 34/2020 per 227,32 mln di euro destinati all'investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.1 ADI;
conto termico GSE per 17,03 mln di euro;
Finanziamento con Fondo Sanitario Regionale per 123,97 mln di euro.

Tabella 38.1 Elenco investimenti previsti per la Regione Veneto nella missione 6 del PNRR

MISSIONE 6			
Descrizione	**Finanziamento PNRR in mln di euro**	**Categoria prevalente investimento**	**Soggetto Attuatore**
C1 Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	135,40	Edilizia	Aziende SSR
C1 Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.1 - ADI	74,17	Altro	Azienda Zero
C1 Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) - lavori	8,48	Edilizia	Aziende SSR
C1 Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Device	4,74	Attrezzature	Aziende SSR
C1 Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Interconnessione	3,48	Informatica	Aziende SSR
C1 Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	49,52	Informatica	Azienda Zero
C1 Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)	73,86	Edilizia	Aziende SSR
C2 Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA)	107,10	Informatica	Aziende SSR /Azienda Zero
C2 Investimento 1.1.2: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)	87,83	Attrezzature	Aziende SSR
C2 Investimento 1.1.1 – Digitalizzazione - rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)	101,54	Edilizia	Aziende SSR
C2 Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)	47,18	Edilizia	Aziende SSR
C2 Investimento 1.3.1 (b) - Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome - Potenziamento delle infrastrutture digitali	43,68	Informatica - altro	Aziende SSR /Azienda Zero
C2 Investimento 1.3.2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali	2,24	Informatica	Aziende SSR /Azienda Zero
C2 Investimento 2.2 (a) - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - borse aggiuntive in formazione di medicina generale	7,48	Altro	Aziende SSR
C2 Investimento 2.2 (b) - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – infezioni sanitarie	6,13	Altro	Aziende SSR
C2 Investimento 2.2 (c) - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – corso di formazione manageriale	1,29	Altro	Aziende SSR
Totale complessivo	**754,12**		

Per maggiori informazioni

UOC Contabilità e Controlli Gestionali - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

bilanciossr@azero.veneto.it

049 8778118

Gestione risorse

39. La performance economica e finanziaria del SSR

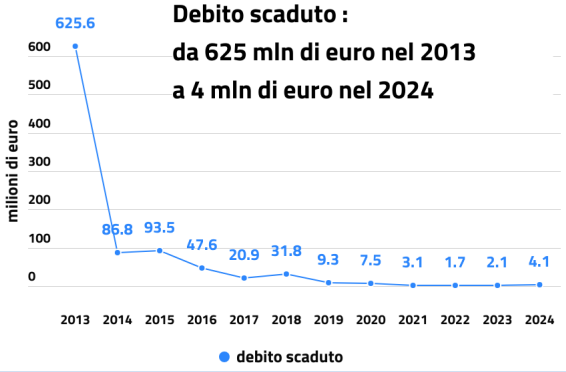
CONTENUTI

- 39.1 La performance economica del SSR
- 39.2 La performance finanziaria del SSR

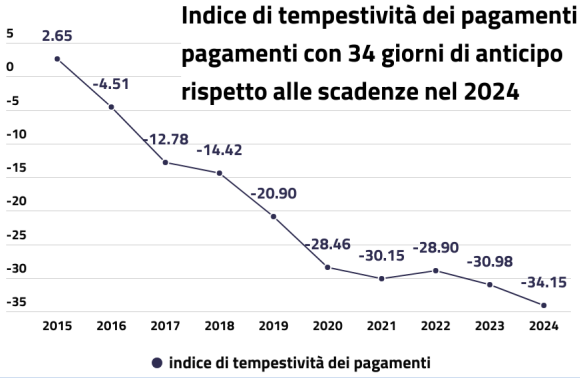
PERFORMANCE ECONOMICA E FINANZIARIA

+5 milioni di euro Risultato economico complessivo SSR Anno 2024

Debito scaduto :
da 625 mln di euro nel 2013
a 4 mln di euro nel 2024



Indice di tempestività dei pagamenti :
pagamenti con 34 giorni di anticipo
rispetto alle scadenze nel 2024



Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2025

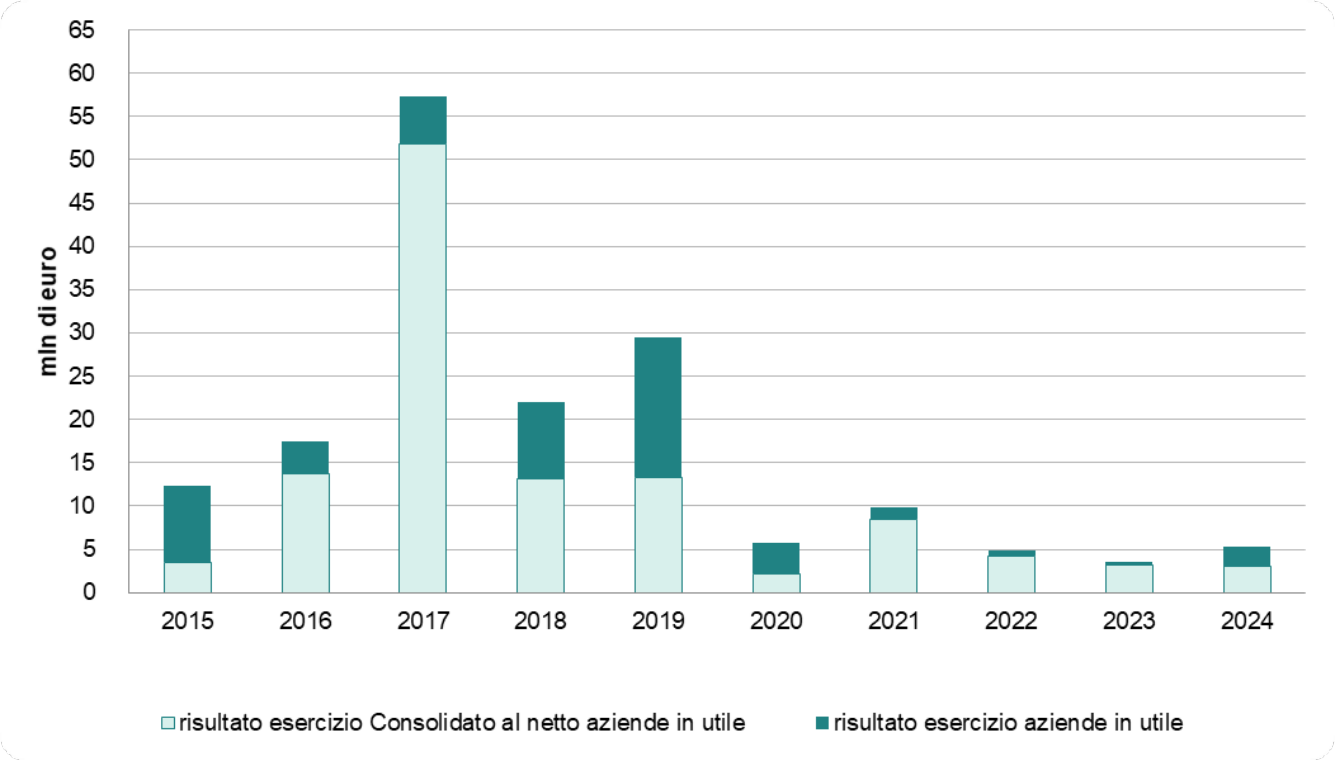
39.1 La performance economica del SSR

Nel 2024 il SSR ha conseguito un risultato economico positivo complessivo pari a circa 5 milioni di euro.
Il bilancio consolidato delle aziende del sistema sanitario Veneto (esclusa Azienda Zero) al 31/12/2024 si chiude con una perdita complessiva di 442 milioni di Euro, contro i 465 milioni di euro del 2023 e i 494 milioni di euro del 2022.
Le Aziende Ulss 2 Marca Trevigiana, Ulss 4 Veneto Orientale, Ulss 7 Pedemontana, Ulss 9 Scaligera e lo IOV hanno chiuso il bilancio 2024 con un risultato di esercizio positivo. Tutte le restanti Aziende Ulss (1 Dolomiti, 3 Serenissima, 5 Polesana, 6 Euganea, 8 Berica), l'AOPD e l'AOUIVR hanno chiuso il loro bilancio in perdita.
Nella Tabella 39.1.1 si rappresentano i dati di sintesi sul risultato d'esercizio 2024 delle aziende.
Gli utili di Azienda Zero, conseguenti alle assegnazioni previste dalla DGR n. 424/2025, risultano sufficienti a garantire il ripiano delle perdite e a produrre un utile consolidato pari a circa 5 milioni di euro.

Tabella 39.1.1 Risultati di esercizio delle aziende in milioni di euro. Anno 2024 Fonte: Bilancio regionale

AZIENDE	Risultato d'esercizio CE 2024
1 - Dolomiti	-18
2 - Marca Trevigiana	0
3 - Serenissima	-151
4 - Veneto Orientale	0
5 - Polesana	-58
6 - Euganea	-15
7 - Pedemontana	1
8 - Berica	-20
9 - Scaligera	0
Ao Padova	-76
Aoui Verona	-107
IOV	1
AZIENDA ZERO	447

Figura 39.1.2 Risultato di esercizio del bilancio consolidato regionale Veneto in milioni di euro. Anni 2015-2024



Per maggiori informazioni

UOC Contabilità e Controlli Gestionali - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

bilanciossr@azero.veneto.it

049 8778118

39.2 La performance finanziaria del SSR

Tra il 2013 e 2014 attraverso gli strumenti messi a disposizione dal Decreto Legge 35/2013, il SSR è stato "ricapitalizzato" per circa 1,6 miliardi di euro consentendo l'abbattimento del debito scaduto pregresso. Nel periodo analizzato, l'ammontare di debito scaduto si è ridotto passando dai 625 milioni di euro del 2013 ai 4 milioni di euro del 2024 con un'incidenza percentuale esigua sul totale dei debiti verso fornitori. Analogamente anche il livello dei debiti verso fornitori, dopo aver sfiorato i 3 mld di euro (nel 2011), è stato ricondotto ad uno stock di debito fisiologico di circa 1 mld di euro.
Contestualmente le attività di razionalizzazione della spesa del SSR hanno permesso di liberare le risorse finanziarie annualmente a disposizione delle aziende e di avviare il progressivo miglioramento delle performance di pagamento.
L'indice di tempestività è nettamente migliorato negli anni, fino a raggiungere una performance di pagamento media del SSR che, nel 2024, si attesta sui 34 giorni di anticipo rispetto alle scadenze. Il dato sta a significare che il SSR mediamente paga i suoi fornitori a 26 giorni. Tale performance risulta essere tra le più virtuose d'Italia.

Figura 39.2.1 Debito scaduto in milioni di euro. Anni 2013-2024

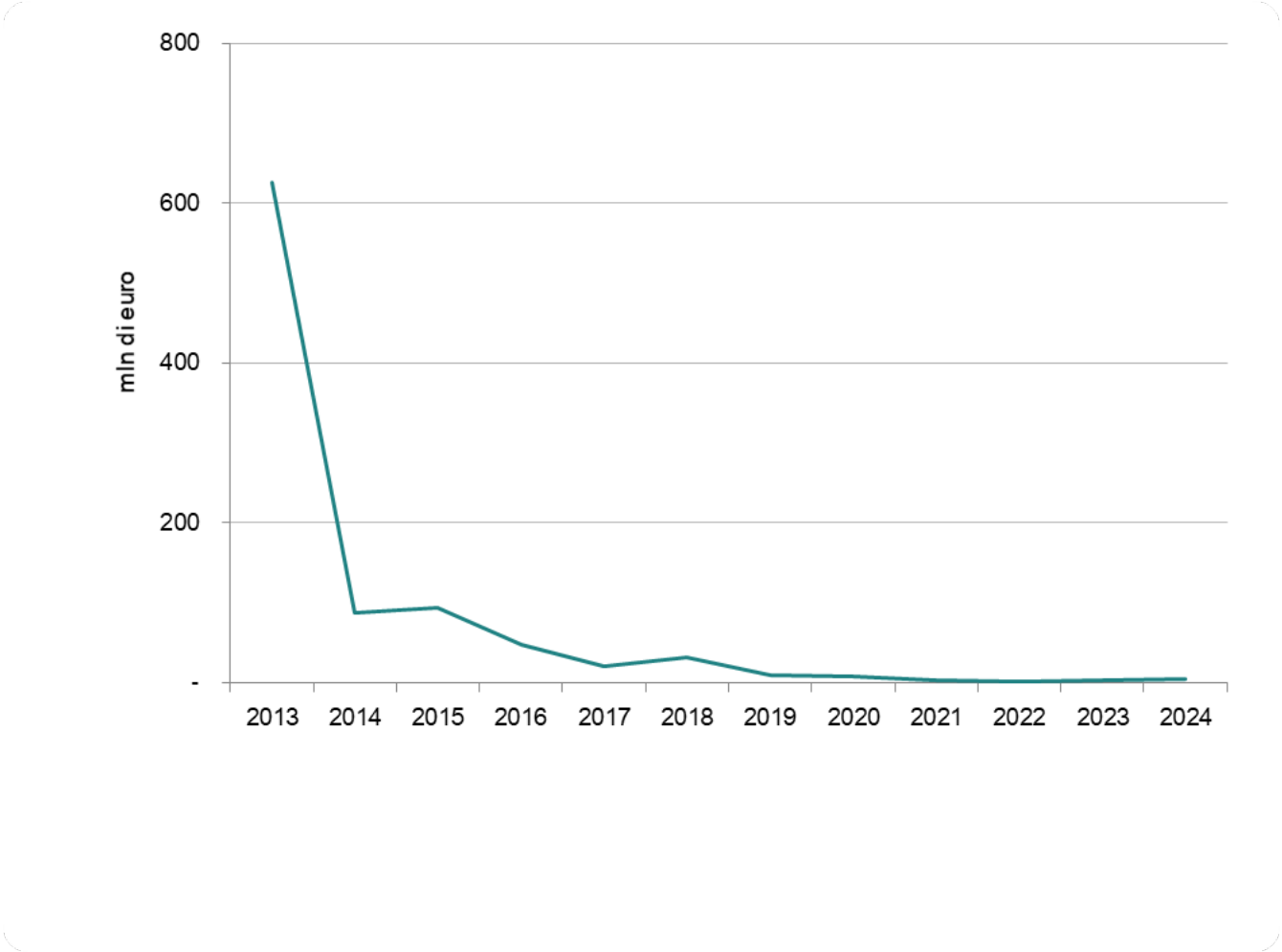


Figura 39.2.2 Indice di Tempestività dei pagamenti. Anni 2015-2024

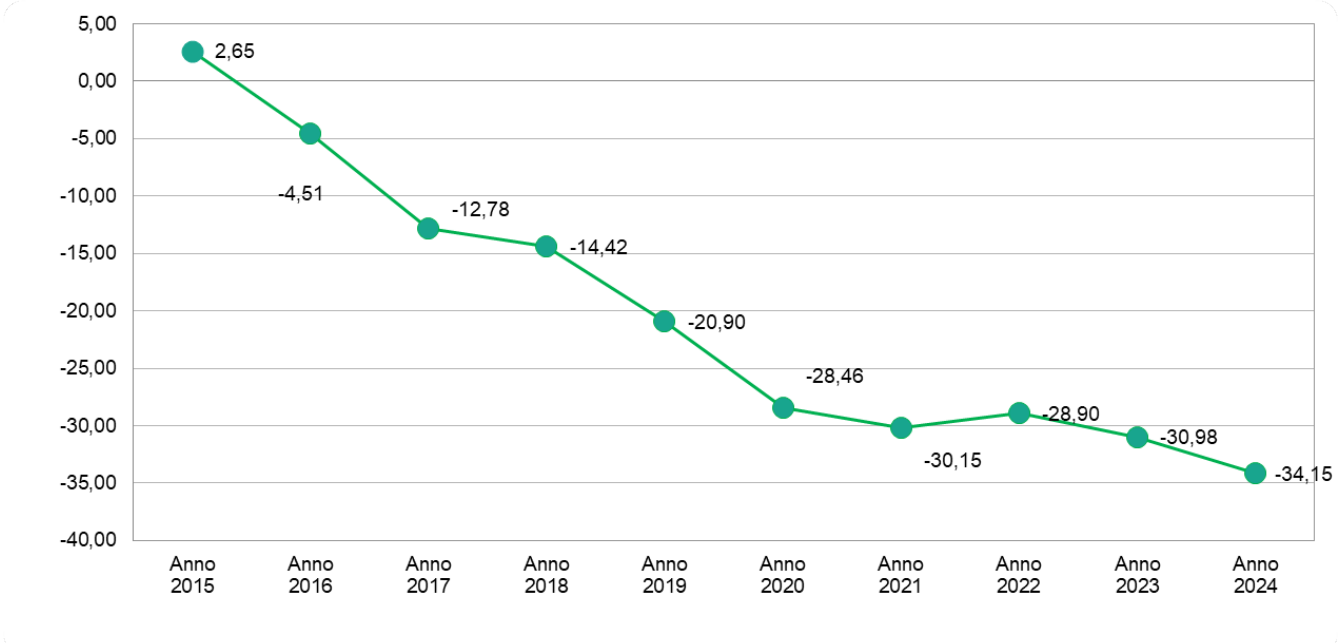


Tabella 39.2.1 Indice di Tempestività dei pagamenti per Azienda. Anno 2024

Azienda	ITP anno 2024
Azienda Zero GSA	-45,13
1 - Dolomiti	-30,96
2 - Marca Trevigiana	-36,97
3 - Serenissima	-37,88
4 - Veneto Orientale	-44,70
5 - Polesana	-29,18
6 - Euganea	-37,24
7 - Pedemontana	-35,25
8 - Berica	-35,59
9 - Scaligera	-29,36
Ao Padova	-14,90
Aoui Verona	-21,24
IOV	-42,73
TOTALE	**-34,15**

Figura 39.2.3 Tempi di pagamento delle regioni italiane. Anno 2024 Fonte: Farmindustria

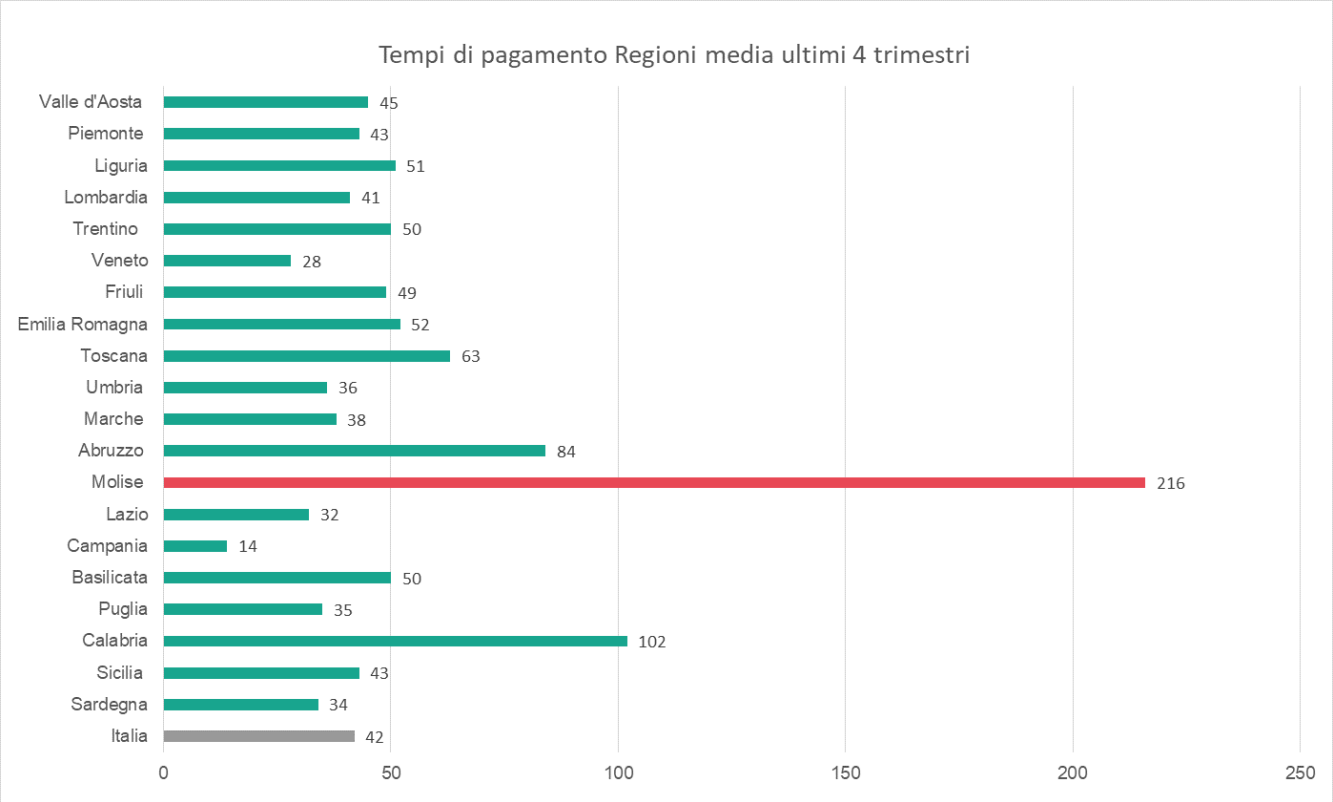
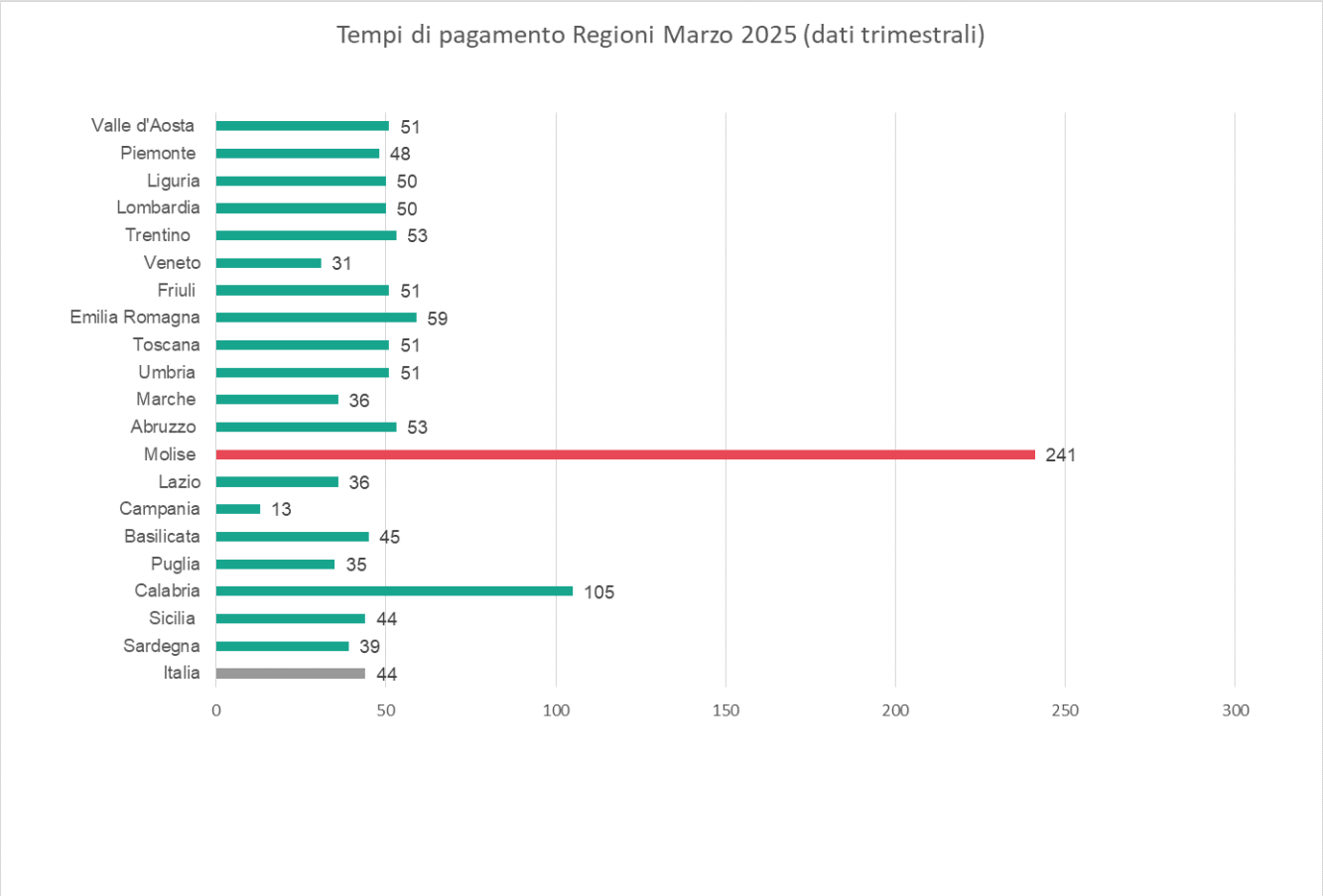


Figura 39.2.4 Regioni - Tempi di pagamento a confronto: marzo 2025 - media annuale. Fonte: Farmindustria



Per maggiori informazioni

UOC Contabilità e Controlli Gestionali - Azienda Zero - Regione del Veneto

Passaggio Gaudenzio 1 - 35132 Padova

bilanciossr@azero.veneto.it

049 8778118

Introduzione Attuazione obiettivi PSSR

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) costituisce il principale strumento di pianificazione della Regione del Veneto in materia di salute. L'attuazione degli obiettivi previsti ha trovato nel 2024 una significativa accelerazione grazie anche alla sinergia con il PNRR, al consolidamento dei modelli di integrazione ospedale-territorio e all'attenzione crescente per la salute di comunità.

Questa sezione analizza nel dettaglio il grado di avanzamento delle linee strategiche del PSSR, ponendo attenzione alle performance raggiunte in ambito di prevenzione, assistenza territoriale, cronicità, disabilità, salute mentale, nonché alla riorganizzazione della rete ospedaliera e all'uso appropriato delle risorse. Particolare rilievo è attribuito alla misurazione degli esiti, alla valorizzazione dell'innovazione e alla promozione della partecipazione attiva degli stakeholder nel governo della salute.

Particolare rilievo è stato attribuito alla misurazione degli esiti di salute e di processo, tramite l'uso di indicatori di efficacia, efficienza e qualità, che consentono di valutare in modo oggettivo l'impatto delle politiche attuate. Il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA), effettuato con la misurazione anche degli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie evidenzia come l'utilizzo di strumenti gestionali garantisce coerenza tra pianificazione strategica e azione sul territorio.

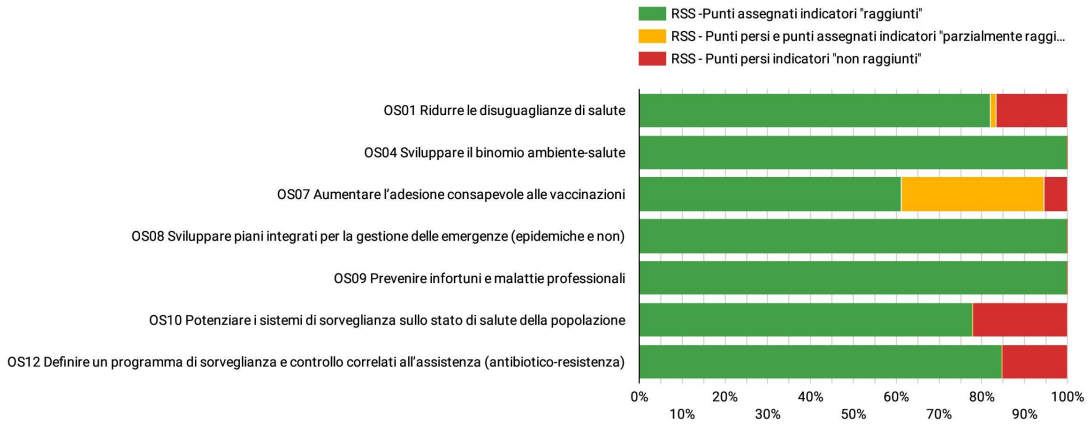
In questo quadro, l'attuazione del PSSR nel 2024 si configura non solo come risposta ai bisogni individuati originariamente nel PSSR, ma anche come processo trasformativo, capace di orientare l'intero sistema verso un modello organizzativo dei servizi sanitari più equo, resiliente e innovativo.

40. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio

CONTENUTI

- 40.1 OS6. Ridurre l'incidenza delle malattie trasmissibili
- 40.2 OS11. Garantire i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare (veterinaria)

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



40.1 OS6. Ridurre l'incidenza delle malattie trasmissibili

Campagna di immunizzazione passiva contro il VRS.
Nel corso del 2024 la Regione del Veneto, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 625 del 04/06/2024, ha avviato una campagna di prevenzione per le infezioni causate ai nuovi nati dal virus respiratorio sinciziale (VRS) nella Regione del Veneto per la stagione epidemica 2024/2025. La campagna riguarda l'immunizzazione passiva contro il VRS nei bambini, offrendo anticorpi monoclonali alle Aziende sanitarie per i nuovi nati nella stagione epidemica 2024-2025 e ai bambini che affrontano la loro prima stagione epidemica. Il VRS è la principale causa di morte e ricovero ospedaliero per infezioni respiratorie nei bambini sotto l'anno di età. Le Aziende Sanitarie regionali offriranno anticorpi monoclonali per il VRS ai bambini nati tra ottobre 2024 e marzo 2025, durante la prossima stagione epidemica del VRS. Questi anticorpi saranno offerti anche ai bambini che vivranno la loro prima stagione epidemica di VRS. La Regione Veneto, tramite la Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, ha inoltre richiesto un parere per l'acquisto dell'anticorpo monoclonale Beyfortus (Nirsevimab) per la campagna di immunizzazione passiva contro il VRS per il biennio 2025-2026. L'obiettivo è prevenire le infezioni delle vie respiratorie inferiori nei bambini di età inferiore ai 2 anni, che spesso portano a gravi complicazioni come bronchiolite e polmonite.

Campagna di Immunizzazione 2024-2025
La campagna 2024-2025 ha registrato un totale di 28.650 dosi somministrate. La copertura vaccinale complessiva è stata del 75,6%. L'impatto ospedaliero è stato significativo, con una riduzione del 72% dei ricoveri per bambini entro il primo anno di vita rispetto ai dati storici e attesi, e del 69% rispetto alla stagione 2023-2024. In confronto alla media del triennio 2021-2024, si è osservata una riduzione dei ricoveri legati al VRS del 71%, delle giornate di degenza del 73% e dei passaggi in Terapia Intensiva del 79%. L'efficacia nella prevenzione delle ospedalizzazioni rispetto alla stagione 2023-2024 è stimata al 91%.

Analisi dei Costi Evitati (2024-2025)
L'analisi dei costi ospedalieri, focalizzata sulla fascia di età 0-1 anno, ha evidenziato una diminuzione del 71% del costo associato ai ricoveri rispetto al triennio precedente. Questo si traduce in un risparmio di 2.803.156 euro. La stima dei costi considerati per il triennio 2021-2024 per i ricoveri associati al VRS era di 3.970.887 euro.

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, veterinaria

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

041 2791352

40.2 OS11. Garantire i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare (veterinaria)

La Regione del Veneto è autorità competente regionale per i controlli ufficiali in materia di igiene degli alimenti e garantisce l'applicazione della normativa europea e nazionale lungo l'intera filiera agroalimentare che comprende produzione, lavorazione, distribuzione e somministrazione degli alimenti, "dal campo/mare alla tavola", nel territorio di competenza attraverso attività di programmazione, coordinamento, monitoraggio, verifica e rendicontazione. La prospettiva attraverso cui vanno inquadrate le azioni che incidono sulla sicurezza alimentare è quella della "one health": la salute dell'uomo dipende dalla salute degli animali e dalle condizioni dell'ambiente in cui uomini ed animali vivono e da cui traggono le risorse per alimentarsi. Il governo di questi tre ambiti deve essere coordinato e integrato per garantire gli equilibri di salute delle diverse popolazioni conviventi.
Il ruolo regionale è quello di indirizzare e coordinare le attività di controllo eseguite dai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS, autorità competenti locali, sull'applicazione della normativa dei settori della filiera agroalimentare da parte degli operatori. Inoltre la Regione indirizza e monitora le funzioni di supporto ed analisi in capo ai laboratori ufficiali individuati in ARPAV e nell'IZS delle Venezie.
La pianificazione strategica regionale dei controlli discende dal Piano Nazionale Integrato (PNI) e viene declinata annualmente sul territorio attraverso diversi "Piani regionali" per adattarsi agli aggiornamenti normativi e tenere conto degli esiti delle attività degli anni precedenti. L'omogeneità nei controlli viene garantita dall'utilizzo di procedure ed azioni condivise con le Aziende ULSS, anche attraverso costanti attività di formazione e di aggiornamento professionale del personale, promossi dalla Regione, e lo sviluppo di applicativi informatici centralizzati. Infine, la Regione, attraverso il Sistema di audit interno a cascata sulle Aziende ULSS verifica la conformità organizzativa delle autorità competenti locali e l'efficacia dei controlli eseguiti.
Nella U.O. Sicurezza alimentare della Regione del Veneto è sempre attivo il Punto di contatto del sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi (RASFF) che garantisce la trasmissione in tempo reale di informazioni e notifiche di allerta, in particolare finalizzate al ritiro e richiamo di prodotti, e la gestione delle relative emergenze.
Nel 2024 è stata data attuazione ai diversi Piani di controllo o di monitoraggio regionali, di cui si riportano i principali:

- Piano dei controlli dei residui di prodotti fitosanitari in alimenti
- Piano dei controlli dei residui di farmaci veterinari negli alimenti
- Piano dei controlli degli additivi e degli aromi alimentari
- Piano dei controlli di contaminanti e tossine vegetali naturali negli alimenti
- Piano di monitoraggio di contaminanti ambientali e industriali in alimenti
- Piano dei controlli microbiologici negli alimenti
- Piano dei controlli sugli OGM negli alimenti
- Piano di controllo sugli alimenti irradiati e le radiazioni ionizzanti
- Piano di monitoraggio della radioattività ambientale e degli alimenti (in coordinamento con ARPAV)
- Piano di campionamento di prodotti di origine animale e di vegetali provenienti dalla zona

rossa e arancione per la ricerca di PFAS

- Piano di controllo sull'utilizzo e sull'immissione in commercio di prodotti fitosanitari
- Programmazione delle ispezioni e degli audit sugli stabilimenti del settore alimentare
- Monitoraggio delle zone classificate per la produzione e la raccolta di molluschi bivalvi vivi

Inoltre, nell'ambito della progettualità "Piccole Produzioni Locali Venete", che promuove la diffusione della cultura della sicurezza alimentare tra i piccoli produttori di alimenti e ne sorveglia i processi a garanzia della tutela del consumatore, l'UO sicurezza alimentare, nel 2024, ha coordinato la ricognizione delle priorità per i miglioramenti da attuare nelle malghe.
Nel 2024 è iniziato anche il progetto "Sicurezza alimentare olimpica" in vista delle Olimpiadi Milano Cortina 2026, finalizzato al miglioramento delle garanzie di igiene da parte degli operatori della ristorazione pubblica, in collaborazione con alcune ULSS del territorio e con l'IZS delle Venezie.
Nel 2024, inoltre, si è dato avvio alle attività coordinate tra gli ispettorati micologici delle Aziende ULSS e le associazioni micologiche per la prevenzione delle intossicazioni da funghi.

Per maggiori informazioni

Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

041 2791352

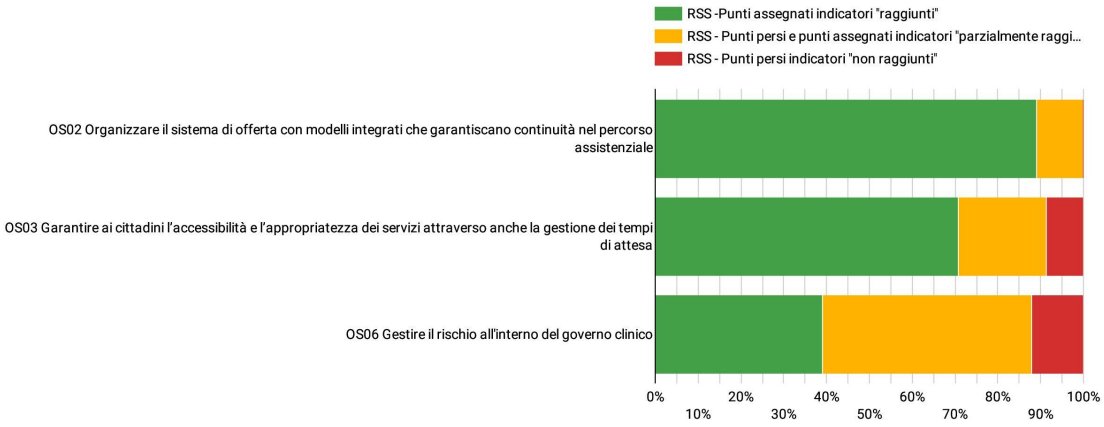
Attuazione obiettivi PSSR

41. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto

CONTENUTI

- 41.1 OS2 Organizzare il sistema di offerta con modelli integrati che garantiscano continuità nel percorso assistenziale
- 41.2 OS3. Garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



41.1 OS2 Organizzare il sistema di offerta con modelli integrati che garantiscano continuità nel percorso assistenziale

La Regione Veneto nel corso del 2024 ha proseguito e rafforzato l'implementazione della telemedicina, in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute, Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". La Regione Veneto ha rendicontato 23.660 pazienti che hanno usufruito di televisite, teleassistenza e telemonitoraggio, superando l'obiettivo di 18.000 pazienti previsto dal D.M. 28 settembre 2023. Questo risultato è stato raggiunto grazie al supporto di tutte le aziende presenti sul territorio regionale. Le attività sono state organizzate in aree tematiche per una gestione più efficace. Queste includono l'attivazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) focalizzata sul telemonitoraggio (tramite un bando della Regione Lombardia), la rendicontazione delle prestazioni di telemedicina, le attività legate al Centro Servizi per la Telemedicina, la gestione dei dispositivi (logistica, assistenza e formazione), le tematiche privacy e l'acquisizione di postazioni (tramite un bando della Regione Puglia). A partire da luglio 2024, è stato istituito un Gruppo di Lavoro Regionale di Telemedicina (DDR 110/2024) composto da operatori sanitari delle diverse Aziende Sanitarie. Questo gruppo ha l'obiettivo di definire i processi organizzativi per i servizi minimi di telemedicina e richiedere configurazioni funzionali specifiche. Le Aziende Sanitarie sono state coinvolte anche per le attività tecniche, le integrazioni con i sistemi aziendali e la definizione degli aspetti privacy. La Regione Veneto ha approvato uno schema di Accordo con la Regione Lombardia per la gestione delle procedure di procurement dei progetti verticali di telemedicina, al fine di avvalersi delle attività di acquisto di quest'ultima (DGR n. 752 del 18 giugno 2024). Questo ha comportato la predisposizione della documentazione per gli accordi con ARIA e Regione Lombardia e la definizione dei dettagli tecnici ed economici per il Piano di Fabbisogni di Telemedicina. L'implementazione della telemedicina ha comportato anche il coinvolgimento delle farmacie, attraverso l'approvazione di un documento di programmazione e indirizzo per i servizi erogabili presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, includendo attività di telemedicina, con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza territoriale (DGR n. 97 del 12 febbraio 2024). Infine risulta focale il potenziamento delle cure domiciliari, la telemedicina è stata promossa come strumento per favorire l'implementazione di servizi nel setting domiciliare e sviluppare le competenze del personale delle cure domiciliari. In sintesi, la Regione del Veneto ha attivamente programmato e avviato l'implementazione della telemedicina nel 2024 attraverso la definizione di una struttura organizzativa, il coinvolgimento degli stakeholder, la stipula di contratti per l'infrastruttura e la pianificazione delle attività di rendicontazione, con l'obiettivo di integrare i servizi di telemedicina nel sistema sanitario regionale.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionesanitaria@regione.veneto.it

041 2791501-1502-3756

41.2 OS3. Garantire ai cittadini l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi attraverso anche la gestione dei tempi di attesa

La Deliberazione della Giunta regionale n. 26 del 16 gennaio 2024, in linea con la normativa nazionale, ha riservato per l'anno 2024 l'importo corrispondente allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard alla riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, quantificato in euro 41.592.317,00 per la Regione del Veneto, da ripartire tra le Aziende Sanitarie sulla base degli obiettivi previsti dai Piani Operativi Aziendali per l'anno 2024 (fermo restando il mantenimento dei risultati già ottenuti nell'anno 2023). La Regione del Veneto nel corso dell'anno ha stanziato ulteriori risorse per un ammontare totale di € 10.389.960,59 finalizzate alla riduzione delle criticità rilevate nelle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Con riferimento agli obiettivi assegnati dall'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, si precisa che nel corso della maggior parte delle riunioni (l'Unità centrale si riunisce con cadenza settimanale) l'andamento delle singole Aziende viene costantemente monitorato tramite il supporto informatico di un cruscotto dati appositamente implementato, soffermandosi sulle criticità rilevate e condividendo azioni e interventi finalizzati alla raggiungimento degli stessi. Nel corso dell'anno 2024 sono stati assegnati i seguenti obiettivi: - come previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 626 del 4 giugno 2024, che ha adottato il nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA), la definizione, entro 60 giorni dall'adozione dello stesso, dei Piani Attuativi Aziendali; - la riduzione e/o mantenimento dei volumi di prestazioni in lista di pre-appuntamento (ex galleggiamento); - il miglioramento e/o mantenimento delle percentuali di rispetto dei tempi di attesa previsti; - interventi finalizzati alla riduzione della domanda prescrittiva. Le Aziende sanitarie, ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, hanno redatto i propri Piani Operativi Aziendali (POA) sulla base degli obiettivi da raggiungere e/o mantenere per l'anno 2024 determinati dall'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, istituita con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 133 del 26 settembre 2024, in continuità con la pre-esistente Cabina di Regia per il governo delle Liste d'Attesa Ambulatoriali, istituita con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 27 del 28 marzo 2023. I Piani Operativi dell'Azienda Ulss 6 Euganea e dell'Azienda Ulss 9 Scaligera sono stati redatti in accordo con le Aziende Ospedaliere presenti nel loro territorio. SI evidenzia come i volumi delle liste di pre-appuntamento abbiano sostanzialmente raggiunto un livello che si può considerare fisiologico nella gestione delle liste di attesa; alle Aziende viene richiesto in ogni caso il mantenimento del livello raggiunto. Appare opportuno precisare che le risorse destinate al finanziamento dei POA per l'anno 2024 hanno garantito alle Aziende Sanitarie strumenti aggiuntivi per evitare possibili soluzioni di continuità nell'erogazione delle prestazioni e contribuire al miglioramento dei risultati sulle liste di attesa. Si precisa, infine, che i temi esposti rientrano nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024, assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR con la Deliberazione della Giunta regionale n. 1682 del 29 dicembre 2023 e pertanto saranno oggetto della valutazione annuale sul raggiungimento degli stessi da parte delle singole Aziende.

Fig. 1 Andamento mensile performance prestazioni che rispettano i tempi di attesa

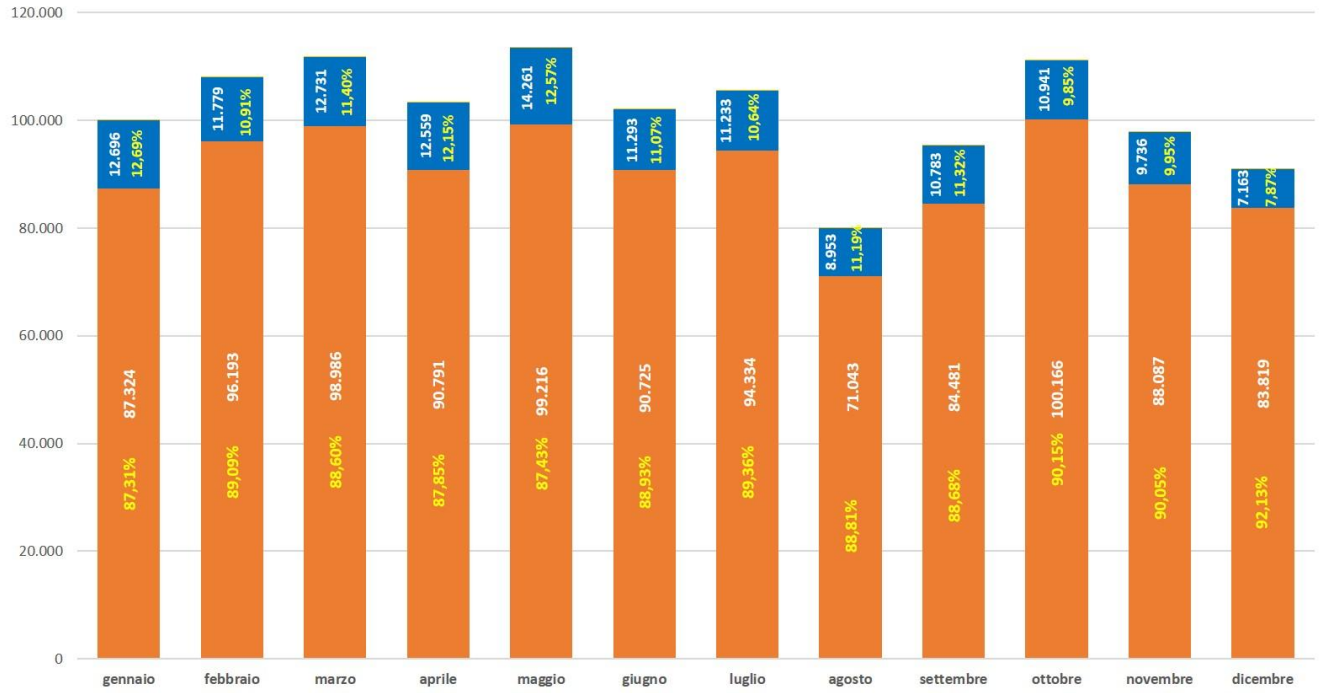
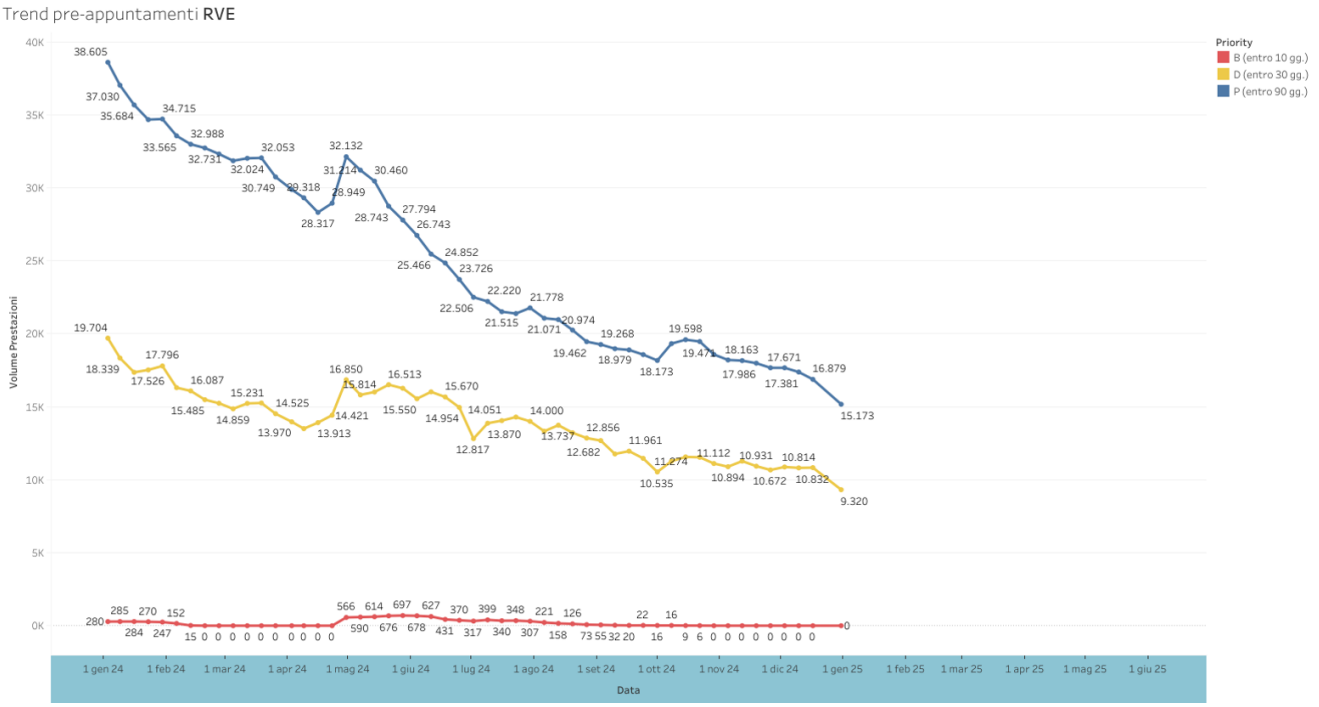


Fig. 2 Andamento dei pre - appuntamenti - anno 2024 per classe di priorità



Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionesanitaria@regione.veneto.it

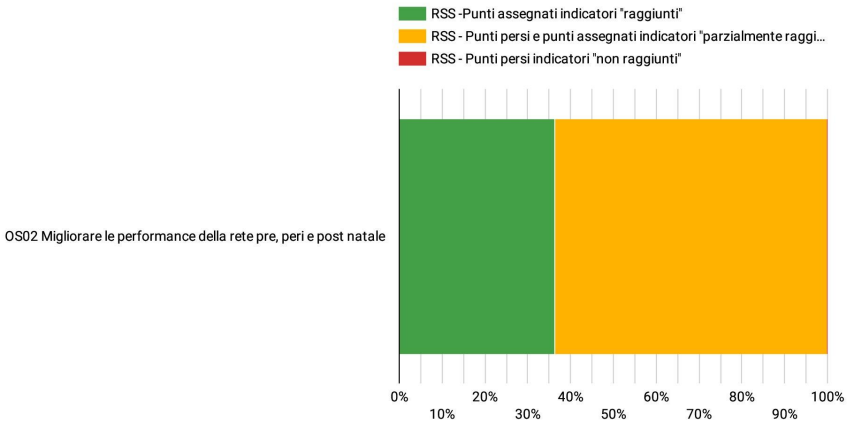
041 2791501-1502-3756

42. La salute della donna e del bambino

CONTENUTI

- 42.1 OS11. Migliorare la diagnosi e presa in carico della donna oggetto di violenza e maltrattamento

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



42.1 OS11. Migliorare la diagnosi e presa in carico della donna oggetto di violenza e maltrattamento

La violenza rappresenta un grave problema di salute ed una priorità di sanità pubblica, che determina decessi, lesioni talvolta anche gravi e con conseguenze permanenti che richiedono cure e trattamenti specifici, e che ha un impatto negativo sui sistemi neurologico, cardiovascolare, immunitario e altri sistemi biologici.
La violenza è una condizione cronica e severa che quando si instaura può affliggere le relazioni interpersonali all'interno dei nuclei, ad esempio relazione intima tra partner oppure la relazione genitore-bambino e ancora caregiver-assistito. Nei nuclei familiari vulnerabili, la violenza spesso coinvolge più relazioni e frequentemente diversi soggetti sono contemporaneamente vittime (ad esempio la mamma ed il bambino di uno stesso nucleo familiare oppure un minore e un anziano).
Questa condizione è annoverata tra le cause esterne (ambientali) di malattia, che si può esprimere con fenomeni acuti ma che dà nel tempo adito a condizioni patologiche croniche che ipotecano in modo permanente e grave il neurosviluppo e lo sviluppo dell'intera persona, in particolare se accade in età evolutiva, ma anche per le altre fasce d'età.
Queste cause esterne, riguardanti in particolare l'esposizione a forme di violenza fisica o psicologica, di marginalità sociale con povertà di stimoli adeguati per lo sviluppo, di fattori ambientali chimici in particolar modo sostanze e farmaci, sono fortemente crescenti nel tempo, costituendo un'articolata serie di fattori di esposizione che interagiscono con le caratteristiche genotipiche della persona costituendo un proprio comparto articolato di rischio e di probabilità o di aggravio di patologia.
La risposta ad una tale situazione comporta la rivisitazione di molte linee strategiche di programmazione rendendo più sensibile il sistema alle nuove realtà caratterizzanti la comunità veneta attuale, migliorando in tal senso la sensibilità dei professionisti e la capacità diagnostica dei servizi, per riconoscere più precocemente di quanto avviene attualmente le condizioni che richiedono un intervento di supporto alle famiglie vulnerabili o di trattamento e intervento precoce quando la patologia è già in atto.
Le condizioni descritte sono in forte crescita nella nostra regione e richiedono risposte coerenti e programmate all'interno della rete di assistenza già presente, attraverso politiche di potenziamento delle risorse presenti e dedicate e di coordinamento di servizi e azioni attualmente separati e non integrati in una visione coerente e comune, con particolare riferimento all'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali, e tra i servizi del bambino e dell'adulto, in una prospettiva di intervento centrata sulla famiglia.

Per maggiori informazioni

Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato Responsabile: Prof. Giorgio Perilongo

via Donà 11- 35129 Padova

centrobambinomaltrattato@aopd.veneto.it

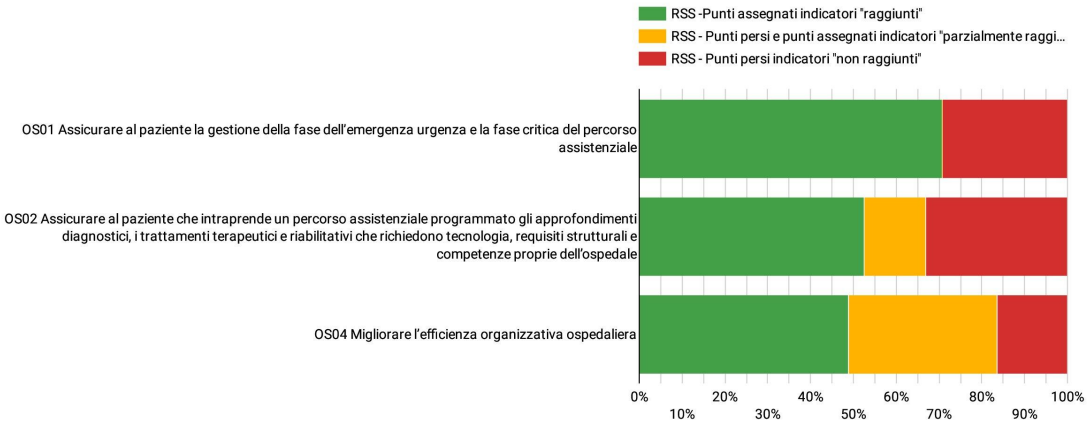
049 8211632

43. Il percorso del paziente in ospedale

CONTENUTI

- 43.1 OS1 Assicurare al paziente la gestione della fase dell'emergenza urgenza e la fase critica del percorso assistenziale
- 43.2 OS2 Assicurare al paziente che intraprende un percorso assistenziale programmato gli approfondimenti diagnostici, i trattamenti terapeutici e riabilitativi che richiedono tecnologia, requisiti strutturali e competenze proprie dell'ospedale

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



43.1 OS1 Assicurare al paziente la gestione della fase dell'emergenza urgenza e la fase critica del percorso assistenziale

Regione del Veneto con Deliberazione della Giunta Regionale n. 976 del 27 agosto 2024 ha approvato il "Progetto sistema di Risposta Sanitaria 116117 - Istituzione delle relative Centrali Operative", nell'ambito degli interventi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Sebbene il numero unico armonizzato 116117 sia destinato alle esigenze sanitarie a bassa intensità di cura e non alle emergenze urgenze che richiedono il 118, la sua istituzione contribuisce indirettamente a migliorare la gestione della fase critica dei percorsi assistenziali. Offrendo un punto di contatto e risposta per le situazioni non acute, il sistema 116117 può decongestionare i Pronto Soccorso, che spesso sono sovraccaricati da codici a bassa complessità. Questo permette alle strutture di emergenza-urgenza di concentrarsi sui casi effettivamente critici, ottimizzando l'efficienza e la qualità dell'assistenza per i pazienti che si trovano in fase acuta. La possibilità di un operatore di fornire assistenza diretta o di trasferire la chiamata al servizio competente, attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, assicura una gestione coordinata dei bisogni sanitari, contribuendo a un migliore funzionamento complessivo della rete assistenziale.
Il "Progetto sistema di Risposta Sanitaria 116117" è esplicitamente inserito negli interventi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, con un forte richiamo al Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022, che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo di tale assistenza. Il distretto sanitario è il fulcro della gestione della cronicità a livello territoriale. La creazione delle Centrali Operative del 116117, previste presso le ULSS (Unità Locali Socio Sanitarie), rafforza la capacità del distretto di fungere da punto di riferimento per i cittadini. Il servizio, che consente di mettere in contatto l'utente con un operatore sanitario o laico formato, direttamente o tramite trasferimento di chiamata a servizi socio-sanitari competenti, facilita l'orientamento dei pazienti cronici verso le risposte più appropriate nel loro contesto di vita, supportando la continuità della presa in carico al di fuori dell'ospedale. Questo sistema è un tassello fondamentale nel rafforzamento delle cure primarie e territoriali, elementi chiave per la gestione proattiva e integrata delle patologie croniche.
In conclusione, la DGR 976/2024, istituendo il sistema 116117, contribuisce sia a una migliore gestione delle emergenze (indirettamente, decongestionando il 118) sia, e soprattutto, al rafforzamento del ruolo del distretto nella gestione della cronicità, fornendo un accesso più strutturato e proporzionato ai bisogni di salute non urgenti sul territorio.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionesanitaria@regione.veneto.it

041 2791501-1502-3756

43.2 OS2 Assicurare al paziente che intraprende un percorso assistenziale programmato gli approfondimenti diagnostici, i trattamenti terapeutici e riabilitativi che richiedono tecnologia, requisiti strutturali e competenze proprie dell'ospedale

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 685 del 18 giugno 2024 definisce i criteri di appropriatezza per i ricoveri ospedalieri riabilitativi nella Regione del Veneto. Questo aggiornamento mira a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria ed è in linea con l'obiettivo regionale di assicurare ai pazienti che intraprendono un percorso assistenziale programmato gli approfondimenti diagnostici, i trattamenti terapeutici e riabilitativi che richiedono tecnologia, requisiti strutturali e competenze proprie dell'ospedale.
La DGR 685/2024 modifica e integra la precedente DGR n. 3913 del 4 dicembre 2007, che aveva già approvato le "Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione". Successivamente, la DGR n. 94 del 31 gennaio 2012 aveva definito i criteri di appropriatezza per i ricoveri riabilitativi relativi ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.
Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 (PSSR), approvato con Legge regionale n. 48/2018, ha previsto una articolazione delle strutture per livelli di intensità crescente. In attuazione di questo, la DGR n. 614 del 14 maggio 2019 ha approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e di cure intermedie.
La programmazione regionale ha posto particolare attenzione alle strutture riabilitative con codice 56, che devono far fronte a tutte le esigenze riabilitative di base in regime di ricovero per pazienti di tutte le Major Diagnostic Category (MDC), inclusi bisogni di natura psichiatrica, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e obesità grave. Le strutture di alta specialità riabilitativa (codice 28 e codice 75) devono invece rispondere a richieste riabilitative complesse e articolate per persone con menomazioni e disabilità di origine neurologica (MDC1). Il codice 75 rileva anche l'attività di riabilitazione delle Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva, specificamente per minori di 18 anni.
La DGR n. 861 dell'11 luglio 2023 ha aggiornato le Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), includendo la codifica dei ricoveri riabilitativi con codice 56, 28 e 75 per migliorare la qualità delle informazioni cliniche e l'omogeneità di codifica.
A livello nazionale, il Ministero della Salute ha avviato un percorso nel 2019 per definire un nucleo minimo di contenuti informativi da integrare nella SDO per descrivere adeguatamente i ricoveri di riabilitazione ospedaliera. Questo percorso, integrato con il Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 che definisce i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera (reparti codice 56, codice 75 e codice 28) per pazienti adulti di tipo neurologico, pneumologico, cardiologico e ortopedico (MDC 1-4-5-8), si è concluso con l'adozione del Decreto Ministeriale n. 165 del 26 settembre 2023. L'obiettivo è uniformare le regole di codifica delle informazioni nella SDO a livello nazionale.
Per identificare i criteri di adeguatezza per i ricoveri nelle strutture di riabilitazione (codici 56, 75, 28), il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale ha istituito un Gruppo di Lavoro con Decreto

n. 155 del 7 novembre 2023. Questo Gruppo di Lavoro ha definito i criteri di accesso o ammissione al ricovero, i criteri di processo, i criteri di esito, gli indicatori da monitorare e la codifica della SDO riabilitativa per varie tipologie di ricoveri riabilitativi.
La DGR 685/2024 approva l'Allegato A, che sostituisce integralmente l'Allegato A della DGR n. 3913/2007, disponendo l'aggiornamento dei criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riabilitativi (codici 56, 28 e 75) elaborati dal Gruppo di Lavoro. La Direzione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del provvedimento e della trasmissione alle Aziende ULSS per l'applicazione presso le strutture private accreditate.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionesanitaria@regione.veneto.it

041 2791501-1502-3756

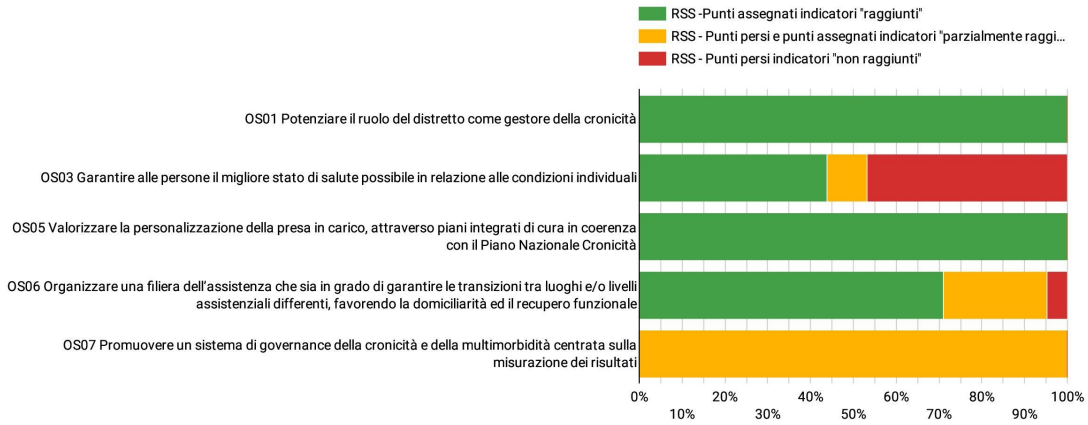
Attuazione obiettivi PSSR

44. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e assistenza

CONTENUTI

- 44.1 OS4 Garantire la gestione dei problemi di salute secondo un sistema di prioritarizzazione mediante la realizzazione di percorsi integrati proporzionati al profilo di bisogno
- 44.2 OS5 Valorizzare la personalizzazione della presa in carico, attraverso piani integrati di cura in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



44.1 OS4 Garantire la gestione dei problemi di salute secondo un sistema di prioritarizzazione mediante la realizzazione di percorsi integrati proporzionati al profilo di bisogno

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 388 del 09 aprile 2024 approva il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Malattia di Parkinson - edizione 2024". Questo provvedimento è fondamentale per la gestione di una patologia cronica e si allinea agli obiettivi di assicurare percorsi dedicati e una gestione dei problemi di salute proporzionata ai bisogni.
Il PDTA per la Malattia di Parkinson è lo strumento chiave per realizzare percorsi integrati che si adattino al profilo di bisogno del paziente. La DGR promuove un supporto socio-assistenziale orientato ai bisogni sanitari e non delle persone affette da Malattia di Parkinson e dei loro familiari. Il PDTA include aspetti innovativi quali la multidisciplinarietà fin dalle prime fasi della diagnosi, la promozione di interventi di prevenzione e stili di vita salutari, l'accessibilità alla riabilitazione, l'attenzione alle differenze di genere, il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e la co-progettazione di servizi "con" il paziente. Questi elementi dimostrano un chiaro orientamento verso la personalizzazione della cura e la prioritarizzazione degli interventi in base alle esigenze individuali. Azienda Zero è incaricata del monitoraggio sull'applicazione del PDTA, garantendo che i percorsi integrati siano attuati e aggiornati in base alle nuove acquisizioni scientifiche e alle modifiche organizzative.
La Malattia di Parkinson è una patologia neurodegenerativa cronica, progressiva e spesso associata ad altre condizioni, che comporta un aumento del carico assistenziale e la necessità di un intervento coordinato. Il PDTA approvato dalla DGR 388/2024 risponde direttamente a questa esigenza, ponendo le basi per un percorso assistenziale strutturato e condiviso. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato l'importanza di garantire una diagnosi tempestiva e una presa in carico appropriata e continuativa per le persone con Parkinson, attraverso l'accesso a servizi socio-sanitari e di supporto. Il Piano Nazionale per la Cronicità (2016-2018) ha evidenziato la necessità di un approccio multidisciplinare e integrato per la Malattia di Parkinson, volto a realizzare una presa in carico globale e a definire una rete di servizi socio-sanitari capace di garantire continuità assistenziale/riabilitativa. La DGR stessa prevede l'istituzione di un Tavolo di Coordinamento Aziendale che coinvolga i diversi professionisti del percorso di diagnosi, trattamento e assistenza, incluse le associazioni dei pazienti, assicurando così un percorso dedicato e condiviso a livello territoriale.
In conclusione, la DGR 388/2024, attraverso l'approvazione del PDTA per la Malattia di Parkinson, istituisce un modello di cura integrato e coordinato, essenziale per garantire ai pazienti cronici percorsi dedicati e una gestione dei problemi di salute proporzionata e personalizzata.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo 2514, 30125 Venezia

ediliziaospedaliera@regione.veneto.it

041 2791501-1502-3756

44.2 OS5 Valorizzare la personalizzazione della presa in carico, attraverso piani integrati di cura in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 68 del 29 gennaio 2024 approva il "Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica" per l'anno 2024. Questo provvedimento è fortemente allineato agli obiettivi strategici di assistenza ai pazienti cronici e di personalizzazione della presa in carico.
Il Piano approvato dalla DGR sottolinea l'importanza di rispondere alla "complessità e molteplicità dei bisogni dei pazienti", implicando un approccio fortemente personalizzato. Il riferimento al Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, evidenzia l'impegno verso un'assistenza integrata e individualizzata. Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023 ha già previsto "la gestione e la presa in carico integrata dei pazienti cronici ad elevato grado di complessità assistenziale, anche attraverso l'introduzione di modelli innovativi". Vengono analizzate anche le "aree di miglioramento" per garantire che i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) relativi alle cure palliative siano soddisfatti in modo uniforme e che si raggiungano gli standard del DM 77/2022, promuovendo ulteriormente la personalizzazione e l'integrazione delle cure.
Regione Veneto mira a garantire un'assistenza adeguata ai pazienti con bisogni complessi, in particolare quelli che si avvicinano alla fine della vita o affetti da patologie inguaribili. Il Piano rafforza la rete per le cure palliative, che include servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali, fondamentali per un percorso assistenziale continuo e dedicato. L'obiettivo è assicurare la continuità nell'assistenza del malato in tutti i setting assistenziali, come previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010. La Regione del Veneto ha già definito e approvato Percorsi Integrati di Cura (PDTA) per le cure palliative in età adulta e pediatrica, che rappresentano proprio quei "percorsi dedicati e condivisi" necessari per i pazienti cronici.
Con la DGR 68 del 2024 vengono potenziate la rete di cure palliative, offrendo un'assistenza specializzata e integrata, cruciale per la gestione dei pazienti cronici e per la personalizzazione dei piani di cura in linea con le direttive nazionali.
Inoltre con DGR n. 277 del 21 marzo 2024 è stato approvato il documento denominato "Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" che identifica delle linee programmatiche e di indirizzo finalizzate a completare gli elementi organizzativi del modello regionale delle Cure Domiciliari. Tale documento è stato elaborato dal Gruppo di lavoro "ADI-Cure palliative", individuato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 67 del 23 maggio 2023 a seguito dell'istituzione presso l'Area Area Sanità e Sociale dell'Unità di Coordinamento – PNRR Sanità e Sociale.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo 2514, 30125 Venezia

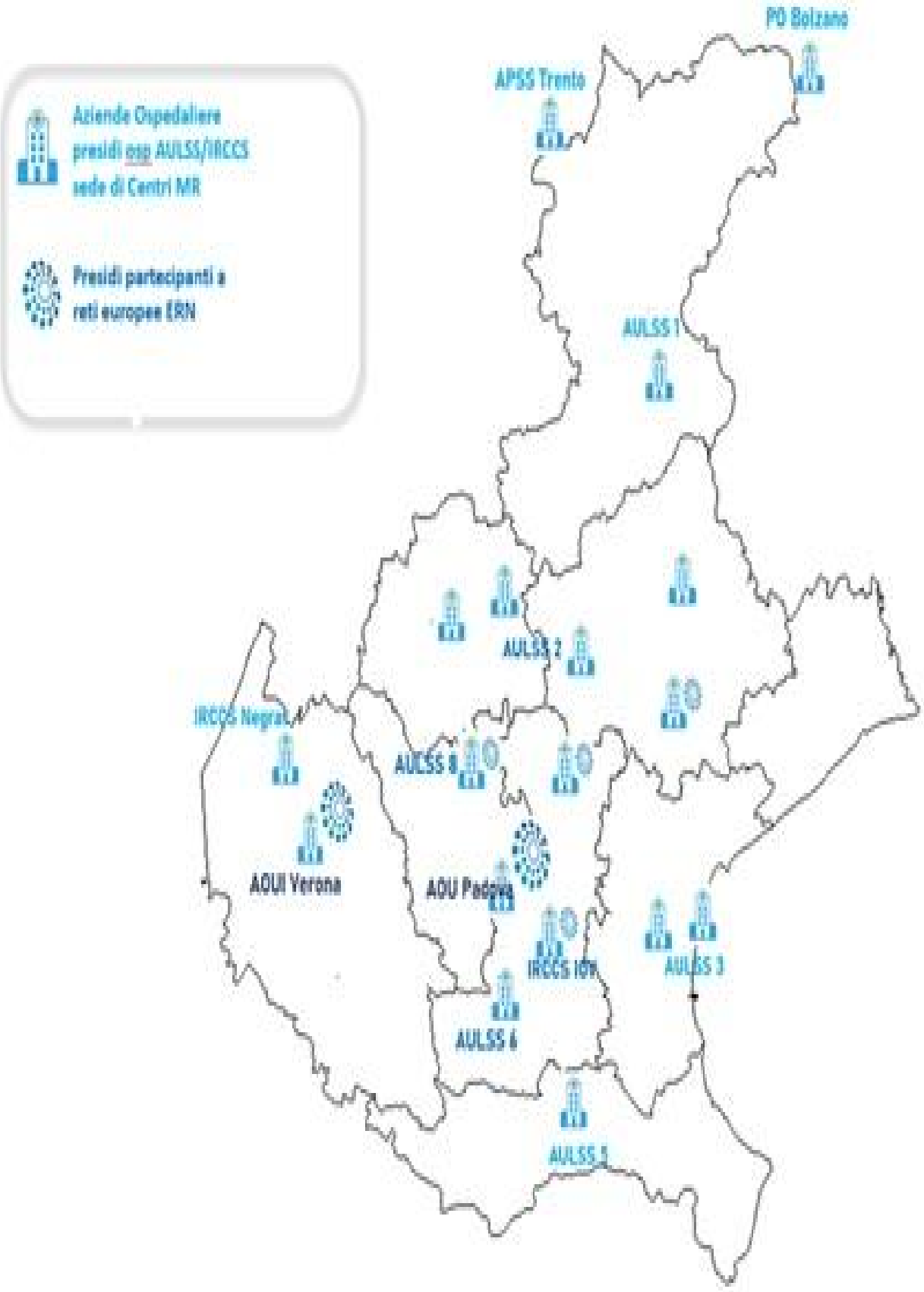
programmazionesanitaria@regione.veneto.it

041 2791501-1502-3756

45. Le malattie rare

CONTENUTI

- 45.1 OS3 Garantire lo stretto collegamento delle attività di assistenza attuate dei Centri veneti, parte delle reti europee di riferimento (ERN), con il restante sistema dei servizi sanitari e la loro coerenza con la programmazione regionale in materia


Aziende Ospedaliere
presidi ospedalieri AULSS/IRCCS
sede di Centri MR
Presidi partecipanti a
reti europee ERN
PO Bolzano
APSS Trento
AULSS 1
AULSS 2
IRCCS Negrar
AULSS 8
AOUI Verona
AOU Padova
IRCCS IOV
AULSS 3
AULSS 6
AULSS 5

45.1 OS3 Garantire lo stretto collegamento delle attività di assistenza attuate dei Centri veneti, parte delle reti europee di riferimento (ERN), con il restante sistema dei servizi sanitari e la loro coerenza con la programmazione regionale in materia

Con l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, Rep. Atti n. 121/CSR del 24 maggio 2023, sono stati approvati il "Piano nazionale malattie rare 2023 – 2026" e il documento "Riordino della rete nazionale delle malattie rare", all'interno dei quali sono stati individuati i compiti e le funzioni dei Centri regionali di Coordinamento, dei Centri di riferimento e dei Centri di Eccellenza che partecipano allo sviluppo delle Reti di Riferimento Europee (ERN). Tali reti derivano dall'applicazione della Direttiva europea 2011/24/EU sull'assistenza sanitaria transfrontaliera ed hanno preso avvio nel 2017.
Nell'ambito del Programma EU4Health 2021-2027, è stata avviata la Joint Action JARDIN "JA on integration of ERNs into national healthcare systems", coordinata dall'Università di Medicina di Vienna, avente durata triennale, a partire dal gennaio 2024. Le attività di JARDIN, che vede la partecipazione di più di 60 istituzioni europee, includono l'identificazione e la condivisione di buone prassi e soluzioni operative, lo sviluppo di linee-guida e raccomandazioni e la messa a disposizione di strumenti, potenzialmente utilizzabili nei vari Stati membri, i quali presentano in partenza differenze tra loro in termini di grandezza, popolazione residente, organizzazione dei servizi sanitari.
La regione del Veneto è stata designata dalla Commissione Salute come regione rappresentante le altre regioni e PPAA in JARDIN ed ha identificato nel Coordinamento regionale malattie rare il soggetto preposto alla partecipazione e alla realizzazione delle azioni assegnate. L'ultima definizione della rete regionale (DGR 1460/2023) ha determinato che la regione Veneto si collochi tra quelle che hanno un tasso di ospedali sede di Centri per malattie rare tra i più bassi del Paese, a testimonianza di un processo di selezione giunto alla sesta revisione, basato su dati di attività oggettivi, che rispecchia l'effettiva expertise dei Centri. Per quanto riguarda la dimensione europea, 23 reti su 24 reti europee ERN vedono la partecipazione di ospedali della rete regionale sede di Centri di riferimento, con ciascun ospedale parte di una fino ad un massimo di 22 ERN. Recentemente si è concluso il processo di monitoraggio e valutazione europeo basato su indicatori definiti dell'attività delle ERN nel loro complesso, di ciascuna ERN e di ciascun ospedale partecipante al loro interno che rappresenta un primo bilancio delle attività condotte dalle reti nei loro primi cinque anni di istituzione. La maggiore partecipazione alle reti ERN si registra a livello delle due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, rispettivamente membri di 22 e 7 reti europee. Sono altresì full-member di una rete europea di riferimento l'IRCCS IOV, l'ULSS 2 (PO Treviso), l'ULSS 6 (PO Camposampiero) e l'ULSS 8 (PO Vicenza), rappresentata in due ERN.
Di nota, come risultato della significativa attività svolta, si sono sviluppate delle esperienze di coordinamento aziendale delle attività ERN, come avvenuto presso l'Azienda Ospedale Università di Padova, che ha istituito fin dal 2020 un Dipartimento funzionale malattie rare, con ruolo di supporto ai Centri partecipanti alle reti ERN nelle attività specifiche richieste dal livello europeo e di promozione di attività congiunte, in primis di formazione.

L'attività in JARDIN si è svolta in collaborazione con la National Competent Authority designata dal Ministero ed identificata nell'IRCSS IOR Rizzoli, coordinatore anche del WP5 5 "National governance and quality assurance models". È stata svolta nel 2024 una rilevante attività di raccolta ed analisi degli atti regionali emanati dalle regioni in applicazione del riordino della rete nazionale. Si sono analizzati il numero e la distribuzione sia dei Centri di riferimento identificati per gruppi di malattie rare, sia degli ospedali partecipanti alle reti europee ERN. Si è prodotta quindi un'analisi descrittiva della distribuzione e delle caratteristiche degli ospedali sede di Centri di riferimento e membri di reti ERN. In merito alle caratteristiche è stato condotto uno studio mirato a definire le variabili predittrici di identificazione come Centro di riferimento e come ospedale ERN. Alcune variabili sono proprie della struttura es, numero di posti letto, tipologia, etc.; altre più di contesto relative al funzionamento anche di altre reti es. trapianti e rete cure primarie. Tale studio è stato giudicato rilevante a tal punto che verrà replicato in almeno altri 6 Paesi europei.

Per maggiori informazioni

Coordinamento Malattie Rare- Regione del Veneto Registro malattie rare- Regione del Veneto

via Donà 11- 35129 Padova

malattierare@regione.veneto.it

800 318811

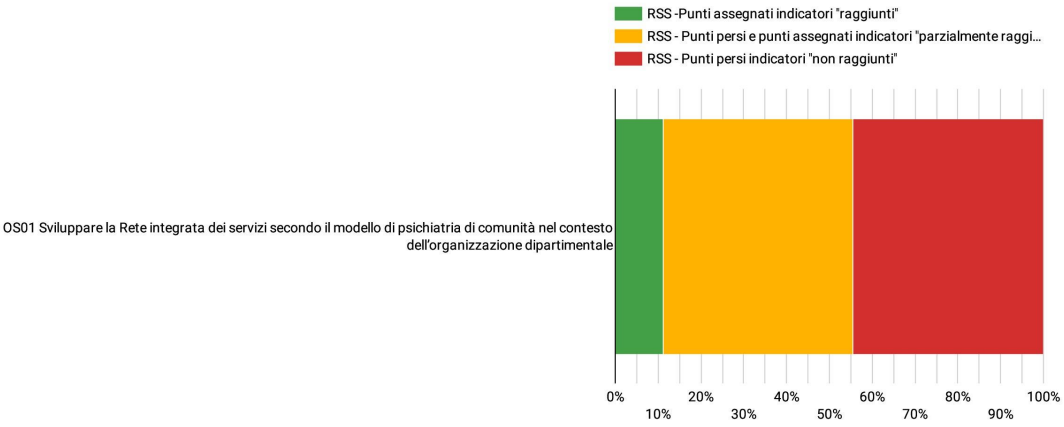
Attuazione obiettivi PSSR

46. La salute mentale

CONTENUTI

- 46.1 OS1 Sviluppare la Rete integrata dei servizi secondo il modello di psichiatria di comunità nel contesto dell'organizzazione dipartimentale
- 46.2 OS3 Garantire alle persone il migliore stato di salute possibile in relazione alle condizioni individuali

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



46.1 OS1 Sviluppare la Rete integrata dei servizi secondo il modello di psichiatria di comunità nel contesto dell'organizzazione dipartimentale

Con L. 234/2021, art. 1 co. 688 è stato istituito, presso il Ministero della Salute, il Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, con dotazione di 15 mln di euro per l'anno 2022 e di 10 mln di euro per il 2023, la cui ripartizione alle Regioni e Province autonome è stata demandata ad apposita Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. L'Intesa approvata il 21/06/2022 (Rep. Atti n. 122/CSR) ha definito i criteri, le modalità, le linee di intervento per l'utilizzo del Fondo, le procedure per la presentazione dei Piani di attività biennali. E' prevista la partecipazione attiva delle Associazioni di settore nelle attività di monitoraggio degli interventi, attraverso la costituzione di un Tavolo Tecnico di confronto.
Per accedere alle risorse di cui al suddetto Fondo, la Regione del Veneto ha presentato il Piano biennale concentrato su due filoni di obiettivi: da un lato il completamento della rete con almeno una equipe multidisciplinare presente in ogni Azienda Sanitaria e dall'altro un rafforzamento dei trattamenti psicoterapici basati sulle evidenze e degli interventi psicoeducazionali. Particolare attenzione è stata data al completamento o eventuale potenziamento delle rete di servizi di primo livello, al sostegno alle famiglie, alla definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici per le presentazioni acute, alla formazione del personale dedicato ai centri per i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, ma anche dei MMG e dei medici che lavorano nei servizi di Emergenza, nonché dei volontari che tramite le associazioni contribuiscono a sostenere i centri di cura e a sensibilizzare su questo tema.
In sede di monitoraggio, a settembre 2024, sono stati rilevati significativi aumenti degli utenti in carico, con incrementi maggiori nelle Aziende che erano precedentemente sprovviste di ambulatori dedicati. Sono stati rilevati, inoltre, significativi aumenti delle attività psicoterapiche evidence-based e delle attività di psicoterapia rivolte a familiari.
L'attuazione del Piano ha altresì permesso di mettere alla luce alcuni nuovi obiettivi di possibile miglioramento rispetto all'attuazione del PDTA, in particolare per quanto riguarda la gestione della continuità dei trattamenti nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta. I Centri di Riferimento Provinciali e Regionali dispongono in genere di equipe multidisciplinari che includono (o che collaborano con) neuropsichiatri infantili e psicologi dell'età evolutiva. Esiste però nella Regione ancora una discreta disomogeneità di organizzazione relativamente alla presa in carico nell'età di transizione dalla minore età ai 18 anni, con Servizi che accolgono al loro interno sia pazienti minorenni (con variabilità dai 10 ai 15 anni) che maggiorenni e Servizi che non lo garantiscono.
La L. 18/2024 ha modificato l'art. 1, co 688 della L. 234/2021 prevedendo per l'anno 2024 ulteriori risorse per euro 10 mln a valere sul Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, la cui ripartizione è stata demandata ad apposita Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato - Regioni. L'Intesa approvata il 3/10/2024 (Rep. Atti n. 180/CSR), ha definito i criteri e le modalità di riparto delle risorse, i termini di presentazione della progettualità e della rendicontazione economica e delle attività, i termini per

l'utilizzo delle risorse del biennio 2022-2023 qualora non completamente utilizzate dalle Regioni.
Con DGR 1409/2024, al fine di garantire la presentazione della progettualità per l'anno 2024 entro i termini stabiliti, si è incaricato il Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria alla predisposizione, alla firma e all'invio del Piano per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione anno 2024, nonché alla adozione degli atti amministrativi necessari alla compiuta realizzazione dello stesso.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionesanitaria@regione.veneto.it

041 2791501-1502-3756

46.2 OS3 Garantire alle persone il migliore stato di salute possibile in relazione alle condizioni individuali

Il Budget di salute si fonda su un programma terapeutico personalizzato all'insegna della massima integrazione e flessibilità d'intervento dei servizi sanitari e sociali, con, tra gli altri obiettivi, quello di non considerare il ricovero in una struttura sanitaria come prima scelta, ma potenziare gli interventi domiciliari e favorire l'inclusione e il mantenimento dei pazienti nel loro ambiente di vita, a partire dal contesto familiare, sociale e lavorativo.
Il Budget di salute è attivabile da parte dei Dipartimenti salute mentale in collaborazione con i Servizi Sociali, in alternativa o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona, o quando tale trattamento si è concluso. Viene attivato inoltre per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità a supporto delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale. La centralità della persona nel suo contesto di vita è il punto di partenza di questo nuovo approccio al welfare e ai servizi socio-sanitari.
Gli ambiti di intervento del Budget di salute sono:

- sostegno della domiciliarità, per affiancare l'utente nella gestione dell'abitazione
- sostegno dell'orientamento della formazione e dell'inserimento al lavoro
- interventi a sostegno dell'integrazione e dell'inclusione sociale.

L'attivazione dello strumento del Budget di salute, attraverso la partecipazione attiva di pazienti e familiari, promuove/restituisce contrattualità e ruolo attivo, che di per sé ha valenza terapeutica. Il Budget di salute si propone come strumento flessibile e potente di innovazione: l'obiettivo a cui puntare è la piena integrazione tra servizi sociali e sanitari per prendersi cura in maniera appropriata dei bisogni delle persone, e ciò vale a maggior ragione in un ambito come la salute mentale dove l'inclusione, la partecipazione e l'integrazione sociale sono parti vitali dell'intervento.
Affinché i beneficiari delle azioni del Budget di salute possano esprimere al meglio i loro bisogni e possano fruire delle risorse della comunità, valorizzando in questo modo il loro diritto all'autodeterminazione, il Budget di salute contempla l'elaborazione del progetto terapeutico personalizzato, finalizzato a favorire la massima espressione del "progetto di vita" della singola persona con disabilità dando spazio alla personalizzazione degli interventi, unitamente al riconoscimento della centralità e della partecipazione degli utenti alla definizione e implementazione delle azioni e dei progetti di intervento. Per sua stessa natura, il progetto di vita si concretizza in un contesto sociale dato, nel quale si confrontano, si sovrappongono e si integrano politiche pubbliche, decisioni organizzative e pratiche sociali, chiamate a confrontarsi con diversi assetti istituzionali e diverse condizioni economiche.
Il livello di integrazione istituzionale presuppone un adeguato grado di cooperazione tra i diversi enti pubblici coinvolti, a ciascuno dei quali è attribuita la responsabilità di individuare le linee di azione e i progetti, il finanziamento dei progetti e dei programmi di intervento, nonché la definizione dei modelli organizzativi ritenuti più idonei per rispondere ai bisogni della collettività locale. I Piani di Zona possano essere luoghi privilegiati dove concertare il percorso per arrivare

all'obiettivo. Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, adottato con L.R. n. 48/2018 riconosce il Piano di Zona quale strumento di ricognizione dei bisogni per l'integrazione socio-sanitaria e per la ricomposizione e l'ottimizzazione delle risorse, provenienti dalle reti formali e informali e, più in generale, dal territorio.

Fig.1 Budget di Salute

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione Sanitaria

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionesanitaria@regione.veneto.it

041 2791501-1502-3756

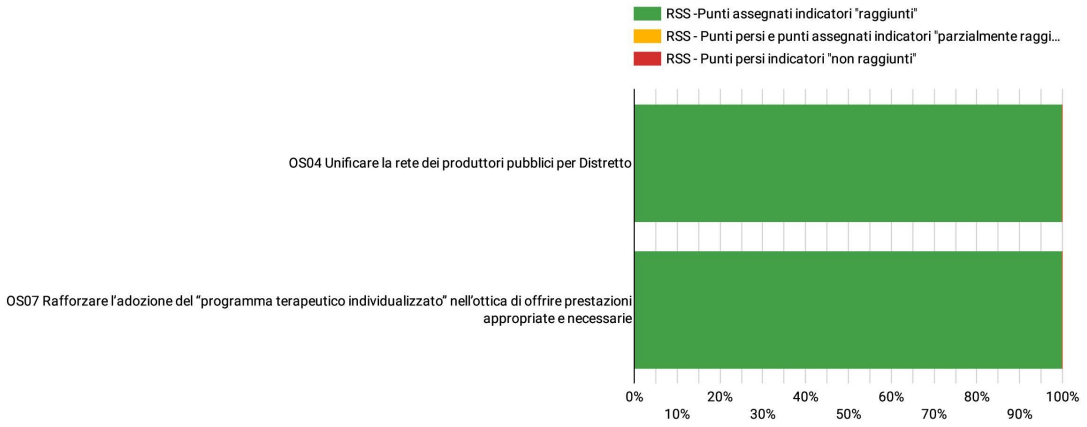
Attuazione obiettivi PSSR

47. L'integrazione socio-sanitaria

CONTENUTI

- 47.1 OS10 Assicurare, garantire e promuovere la protezione e cura a favore dei minori e delle famiglie in difficoltà
- 47.2 OS15. Supportare il caregiver e la famiglia e favorire la creazione di comunità accoglienti

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



47.1 OS10 Assicurare, garantire e promuovere la protezione e cura a favore dei minori e delle famiglie in difficoltà

Nell'ambito della protezione e cura dei minori, con DGR n. 1556 del 12 dicembre 2023 la Giunta regionale ha approvato le "Linee guida: protezione e cura dei bambini e dei ragazzi minori di età", che sono state divulgate nel corso del 2024 mediante un piano di disseminazione territoriale presso gli enti e organismi interessati nelle 7 province del Veneto. Gli obiettivi concernenti il piano sono la maggiore conoscenza delle Linee guida presso gli operatori e la raccolta dei fabbisogni informativi e dei modelli organizzativi, al fine di armonizzare il livello degli interventi del sistema di promozione, prevenzione, protezione e cura. Gli incontri territoriali hanno registrato la partecipazione non solo degli operatori preposti, ma anche, tra gli altri, di referenti per la scuola e per le comunità educative. Dal momento che le difficoltà familiari possono derivare da vari fattori, la Regione del Veneto in tal senso ha sviluppato politiche mirate alla protezione e cura dei minori vulnerabili, adottando approcci che promuovono la de-istituzionalizzazione e la riduzione degli allontanamenti dai nuclei familiari. In caso di necessità di allontanamento, la Regione favorisce l'adozione di modelli di accoglienza familiare piuttosto che l'uso di strutture residenziali. Tra le iniziative di rilievo si evidenziano i programmi come il P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) e la preferenza per l'affido familiare come forma di protezione. Le principali linee di intervento della Regione Veneto in ambito di tutela dei minori sono articolate in diverse misure specifiche:
- Finanziamento delle équipe specialistiche per Grave Maltrattamento e Abuso
Le équipe specialistiche per la gestione di casi di abuso e maltrattamento grave, istituite presso le Aziende ULSS in base alla Legge 269/1998. Con le Delibere n. 1041 del 29 giugno 2016 e n. 1624 del 12 ottobre 2017, la Regione ha approvato il potenziamento di queste equipe, per garantire un intervento tempestivo ed efficace per la protezione dei minori vittime di abuso.
- Sistema Veneto Adozioni
Con deliberazioni annuali sono state destinate risorse a favore delle Aziende ULSS della Regione del Veneto, a finanziamento dei Progetti Territoriali Veneto Adozioni (P.T.V.A.) per la promozione e lo sviluppo di interventi a favore della genitorialità adottiva e del minore adottato, in particolare sulle tematiche dell'attesa, dell'accompagnamento, dell'inserimento scolastico e del supporto post adozione alle famiglie adottanti e agli adolescenti adottivi. Parallelamente è stato finanziato il "Progetto Veneto Adozioni", che a partire dal 2006 ha contribuito alla costruzione di un efficace sistema di rete tra i vari soggetti istituzionali e non, coinvolti nel percorso adottivo, il quale con governance regionale ha prodotto e produce tuttora i suoi effetti a favore di famiglie aspiranti adottive, famiglie adottive e minori adottati.
- Programma per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.)
Il programma P.I.P.P.I. si propone di rispondere al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente stabile, sicuro e protettivo, intervenendo in modo preventivo per contrastare fenomeni di disuguaglianza sociale, dispersione scolastica e separazioni familiari inappropriate. Le delibere regionali approvate dal 2014 fino ad oggi hanno previsto azioni di supporto e accompagnamento per le famiglie vulnerabili, favorendo l'esercizio di una genitorialità

responsabile e positiva.
- Sostegno economico dei progetti di affidamento familiare
Con deliberazioni annuali, a far data dall'anno 2011 la Giunta regionale ha approvato l'assegnazione di quote a favore di Comuni e Aziende ULSS se delegate, per il sostegno dei progetti di affido familiare quantificate sulla base delle spese dichiarate e validate nel sistema informativo regionale per il monitoraggio dei minori fuori famiglia denominato "Ge.Min.I".

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

servizi.sociali@regione.veneto.it

041 2791379

47.2 OS15. Supportare il caregiver e la famiglia e favorire la creazione di comunità accoglienti

Negli ultimi anni sono emerse nuove dinamiche di vita che richiedono strategie innovative per promuovere la salute e il benessere lungo tutto l'arco della vita. In questo contesto, le politiche per un invecchiamento sano e attivo assumono un ruolo centrale, rappresentando un ambito strategico per lo sviluppo di un sistema integrato di welfare capace di coniugare interventi sanitari, sociali e comunitari. La promozione dell'invecchiamento attivo non si fonda solo sull'impiego di risorse economiche e tecnologiche, ma richiede sempre più il rafforzamento della solidarietà sociale, la prevenzione delle malattie croniche e il riconoscimento del valore della persona anziana nella società.
Un nuovo approccio culturale all'invecchiamento si fonda sull'ampliamento del concetto di salute, integrando aspetti sanitari, sociali, economici e ambientali. Questo impegno concreto sostiene un modello di invecchiamento basato su partecipazione, prevenzione e inclusione, coerente con una visione socio-sanitaria integrata orientata al benessere complessivo della popolazione anziana. In tale prospettiva, si promuove la creazione di comunità accoglienti e solidali, capaci di rispondere alle esigenze delle persone anziane, comprese quelle in condizioni di vulnerabilità, garantendo ambienti inclusivi che valorizzino la partecipazione attiva e il reciproco sostegno, estendendo particolare attenzione anche al supporto dei familiari e dei caregiver.
Per perseguire questa visione integrata, la Regione del Veneto ha adottato la LR n. 23/2017 di "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo". In attuazione della L.R. con Deliberazione del Consiglio regionale 5 ottobre 2021, n. 103 è stato approvato Piano triennale 2021 - 2023 dando attuazione al Piano tramite le successive DGR n. 1391 del 12 ottobre 2021 e DGR n. 938/2023. Nel corso della triennalità di riferimento, la cui operatività si è conclusa a fine anno 2024, la Regione ha stanziato complessivamente 2 mln di euro, finanziando 58 progettualità che hanno coinvolto 34.856 beneficiari (Rif. tabella 1).
Con Delibera del Consiglio n. 87 del 5 novembre 2024 è stato approvato il Piano triennale 2024-2026 per l'invecchiamento attivo, cui ha fatto seguito la DGR n. 1370 del 25 novembre 2024 che ha dato attuazione al Programma Annuale 2024 a valere nell'anno 2025. Per questa triennalità la strategia regionale punta a rafforzare la promozione del ruolo attivo degli anziani nella vita comunitaria, attraverso un approccio integrato che valorizza salute, benessere e formazione continua. Il Piano si articola in quattro dimensioni fondamentali: salute e autonomia, partecipazione attiva, formazione e intergenerazionalità. Promuove la prevenzione e stili di vita sani per contrastare la perdita di autonomia, rafforzando l'integrazione con il Servizio Sanitario Regionale e il Piano Regionale Prevenzione 2020-2025. Sostiene la partecipazione sociale, culturale ed economica degli anziani, ne riconosce il valore come "capitale sociale" e promuove l'inclusione, anche attraverso interventi nelle aree periferiche. Incentiva l'apprendimento permanente e l'alfabetizzazione digitale per superare il divario tecnologico. Le iniziative intergenerazionali rafforzano reti di sostegno e contrastano il declino cognitivo, promuovendo competenze motorie e digitali.
Il Piano rafforza inoltre la collaborazione con il Terzo Settore, promuovendo una presa in carico integrata e contribuendo alla costruzione di un welfare più inclusivo e sostenibile.

Tab. 1. Triennio 2021-2023 Progetti per l'invecchiamento attivo conclusi a fine 2024

TRIENNIO 2021-2023 – PROGETTI PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO CONCLUSI A FINE 2024					
Azioni sviluppate dai Piani annuali nel triennio 2021-2023	**N° progettualità finanziate nel triennio 2021-2023**			**Finanziamento erogato nel triennio 2021-2023**	**N° beneficiari coinvolti nel triennio 2021-2023**
Azione 1. Una vita autonoma attraverso l'accrescimento della salute e del benessere	IPAB	3	30	1.271.679,91 €	20.338
	AULSS	2			
	Comuni	7			
	Privati	18			
Azione 2. Partecipazione attiva	IPAB	1	16	408.740,70 €	6.472
	AULSS	0			
	Comuni	10			
	Privati	5			
Azione 3. Formazione	IPAB	2	12	319.579,39 €	8.336
	AULSS	0			
	Comuni	1			
	Privati	9			
TOTALE		**58**		**2.000.000,00 €**	**34.856**

Per maggiori informazioni

Direzione Servizi Sociali

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

servizi.sociali@regione.veneto.it

041 2791379

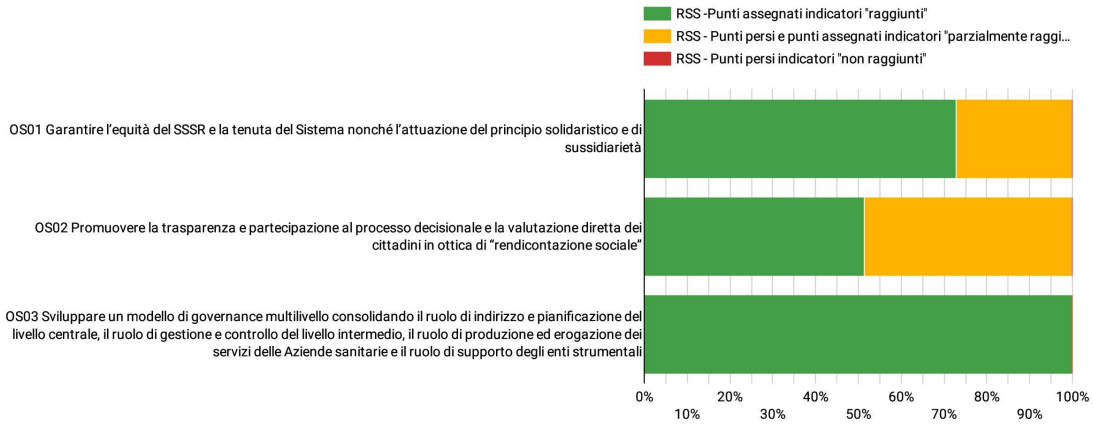
Attuazione obiettivi PSSR

48. Il governo del Sistema ed il governo delle Aziende

CONTENUTI

- 48.1 OS2. Promuovere la trasparenza e partecipazione al processo decisionale e la valutazione diretta dei cittadini in ottica di “rendicontazione sociale”
- 48.2 OS7. Migliorare i processi di pianificazione, controllo e valutazione delle attività aziendali favorendo il coinvolgimento degli operatori nel processo di miglioramento continuo e l’utilizzatore finale ai fini della valutazione di efficacia ed efficienza

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



48.1 OS2. Promuovere la trasparenza e partecipazione al processo decisionale e la valutazione diretta dei cittadini in ottica di "rendicontazione sociale"

L'anno 2024 ha visto muovere i primi passi dell'implementazione del modello veneto di Sanità partecipata, quale modello innovativo di governance partecipativa nel contesto socio-sanitario regionale. Le linee di indirizzo del modello, formalizzate con DGR 1227/2023, prevedono la partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti alla programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Regionale, nell'ottica di attuare ed implementare una strategia regionale per la qualità così come declinata dal Piano Socio Sanitario Regionale e dal Patto per la Salute. Questo organismo mira a rafforzare il ruolo di cittadini e associazioni nel processo decisionale, promuovendo la collaborazione tra istituzioni e società civile e valorizzando il contributo degli enti del terzo settore (ETS).
Il 2024 ha visto l'attivazione di uno dei due organi previsti dal Modello: l'Assemblea Permanente delle Organizzazioni dei Cittadini e dei Pazienti.
L'iniziativa ha preso il via con un bando d'interesse che ha visto 207 manifestazioni di interesse, di cui 110 organizzazioni sono state ammesse a farne parte. La composizione dell'Assemblea riflette la diversità del tessuto associativo regionale. La maggioranza delle organizzazioni ammesse (65,7%) sono Organizzazioni di Volontariato (OdV), seguite dalle Associazioni di Promozione Sociale (25,5%) e da altre tipologie (8,8%). L'ambito di attività prevalente è quello socio-sanitario (85,3%), mentre il 42,2% svolge specificatamente attività sanitarie. La maggior parte delle organizzazioni (54%) ha un raggio d'azione territoriale. L'81,4% supporta pazienti e/o familiari con specifiche patologie e il 56,9% ha convenzioni attive con Aziende sanitarie.
L'Assemblea, convocata 3 volte nel corso del 2024 (16/09, 1/10, 18/12), ha vissuto incontri risultati determinanti per tracciare il percorso intrapreso, tra gli obiettivi cruciali raggiunti nel 2024 ricordiamo:

- elaborazione e approvazione del Regolamento dell'Assemblea,
- elezione delle cariche di Presidente e Vicepresidente,
- elezione dei 10 rappresentanti dell'Assemblea che entrano a far parte della Cabina di Regia.
- Regolamento e nomine, compresa quella del segretario generale dell'Assemblea, formalizzati con Decreto 151 del 30/10/2024.

Al fine di razionalizzare, facilitare e rendere eque le procedure di voto, sono stati inoltre individuati 81 rappresentanti unici per le organizzazioni afferenti alla stessa associazione nazionale o regionale.
Per supportare le attività dell'Assemblea, sono state attivate diverse risorse digitali dedicate: casella email dedicata, un drive condiviso con tutte le organizzazioni per la documentazione, moduli Google utilizzati per la raccolta di informazioni e l'espressione di interesse per i tavoli di lavoro.
Le Direzioni Regionali e le Aziende Sanitarie sono coinvolte in questa attività. Le prime attraverso l'Assemblea possono Individuare le organizzazioni interessate a partecipazione tavoli/attività regionali, raccogliere le istanze per orientare attività regionale oltrechè poter

relazionare all'assemblea e/o alla Cabina di Regia su richiesta della stessa o della Regione. Le Aziende Sanitarie sono coinvolte perché le istanze presentate sono frutto di esperienze di accesso ai servizi aziendali e le azioni intraprese esiteranno in un miglioramento dell'accesso ai servizi aziendali.
Per il 2025 la Regione del Veneto ha un programma ricco e ambizioso in materia di Sanità partecipata:

- avviare e consolidare il lavoro dei 10 tavoli tematici, che rappresenteranno il cuore dell'attività partecipativa,
- elaborare contributi mirati su tematiche, provvedimenti, programmi o attività per le quali la Cabina di Regia della Sanità partecipata ritenga opportuno acquisire proposte, pareri e osservazioni dalle organizzazioni,
- istituire e avviare i lavori della Cabina di Regia, secondo organo del modello veneto.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione e Controllo SSR

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionecontrollossr@regione.veneto.it

041 2793434

48.2 OS7. Migliorare i processi di pianificazione, controllo e valutazione delle attività aziendali favorendo il coinvolgimento degli operatori nel processo di miglioramento continuo e l'utilizzatore finale ai fini della valutazione di efficacia ed efficienza

Un ruolo attivo dell'utente del sistema socio sanitario, nel più ampio contesto di un nuovo rapporto tra cittadino e istituzione, e un sistema socio sanitario organizzato per ascoltare e rispondere all'utente, sono alla base di un nuovo processo di pianificazione, controllo e valutazione, come indicato anche dall'art. 14 del decreto legislativo n. 502/1992 e succ. modifiche ed integrazioni di riordino del Servizio Sanitario Nazionale ed il P.S.N. 1994/96. La DGR n. 223 del 13 marzo 2024 si focalizza sull'aggiornamento delle indicazioni operative e organizzative relative all'adozione e all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questo provvedimento è strategico perché, attraverso il suo focus sull'implementazione del FSE, traccia la via al miglioramento dei processi di pianificazione, controllo e valutazione delle attività aziendali, indicando la disponibilità di dati aggregati e standardizzati come fondamentale per supportare processi decisionali basati sull'evidenza e l'incremento delle competenze digitali dei professionisti del SSSR alla base di un sistema sanitario più efficiente, orientato alla qualità e volto a favorire l'utilizzo del FSE.
Per dare concretezza a questo sopra descritto, la Regione del Veneto con DGR n. 790 del 12 luglio 2024 ha istituito il "Flusso informativo regionale Urp Sanità". La finalità primaria del flusso è disporre di dati a supporto della programmazione regionale, mettendo a disposizione informazioni che descrivano il punto di vista dei cittadini, utenti del SSSR. Strutturando un sistema condiviso e omogeneo di gestione dei contatti degli utenti dei servizi sanitari e socio sanitari è reso possibile l'utilizzo e la valorizzazione delle informazioni derivanti dalle comunicazioni degli utenti gestite dagli Urp.
Il "Flusso Urp Sanità" rileva ciò che il cittadino comunica sotto forma di richieste di informazioni, ringraziamenti, suggerimenti, reclami e richieste di supporto per un corretto accesso ai servizi del SSSR. Questo feedback diretto del paziente è cruciale per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi e per alimentare un processo di miglioramento continuo. Registrando in modo sistematico, standardizzato e omogeneo le informazioni che i cittadini comunicano agli Uffici Relazioni con il Pubblico (Urp) delle 13 Aziende Sanitarie, infatti, la Regione del Veneto raccoglie un set di dati pseudonimizzati essenziali per la pianificazione, la gestione e il controllo dell'assistenza sanitaria regionale. Questo sistema di raccolta dati si inserisce nel più ampio "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)", volto a implementare una strategia regionale per la qualità. La standardizzazione e l'omogeneizzazione degli strumenti e dei modelli organizzativi di raccolta delle informazioni Urp a livello regionale, frutto della collaborazione tra vari enti, sono passi fondamentali per garantire dati affidabili per la valutazione.
L'attivazione del nuovo "Flusso Urp Sanità" favorisce nel sistema sanità: uniformità di comportamento e gestione delle comunicazioni degli operatori verso l'utente, condivisione e circolazione continua di informazioni, valorizzazione dell'esperienza dei professionisti, essendo il

gestionale da cui originano i dati del flusso realizzato con il contributo dell'esperienza degli operatori stessi e possibilità di intercettare, condividere azioni di miglioramento del sistema. A supporto del Flusso Urp sono stati predisposti e formalizzati: una procedura unica regionale di gestione dei contatti degli utenti in sanità nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia, una classificazione unica dei contatti Urp e l'elenco delle dimensioni della qualità per consentire confrontabilità con altri dati aventi origine diversa ma sempre finalizzati al supporto dei processi di pianificazione, controllo e valutazione del SSSR.

Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione e Controllo SSR

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionecontrollossr@regione.veneto.it

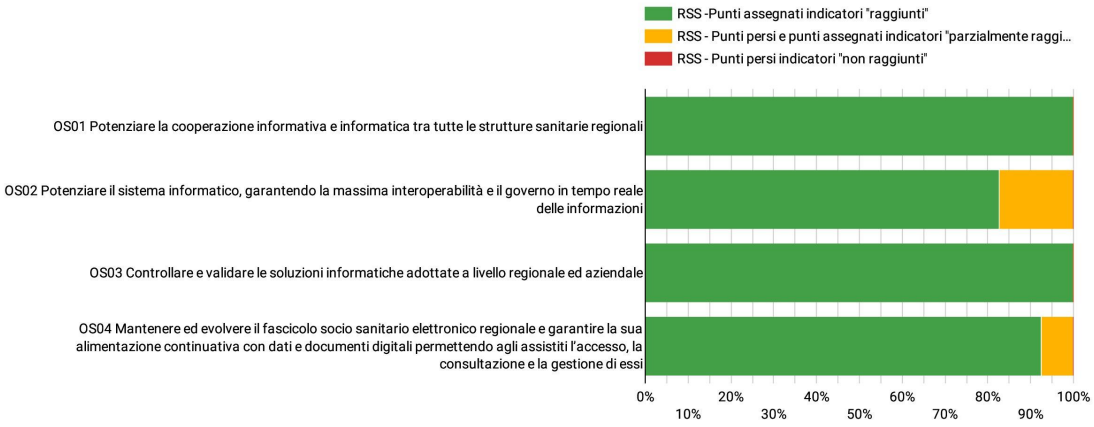
041 2793434

49. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario

CONTENUTI

- 49.1 OS1. Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali
- 49.2 OS4. Mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi.

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



49.1 OS1. Potenziare la cooperazione informativa e informatica tra tutte le strutture sanitarie regionali

Digitalizzazione PNRR - DEA I DEA II

L'obiettivo di potenziamento della cooperazione informativa e informatica tra le strutture sanitarie regionali, si fonde con quanto previsto dal PNRR, che richiede la digitalizzazione dei presidi ospedalieri sede di DEA di I e II livello entro giugno 2025. Al fine di garantire un maggior livello di efficienza, di sicurezza e di affidabilità nelle attività day-by-day e ad assicurare un servizio rispondente ai massimi livelli di affidabilità, robustezza, resilienza e scalabilità, la Regione del Veneto ha individuato come infrastruttura di destinazione delle soluzioni il Cloud AWS. Le iniziative individuate si pongono l'obiettivo di raggiungere la standardizzazione dei processi clinici a livello regionale attraverso un modello a rete che permette di: condividere dati clinici, oggetti multimediali e processi; gestire in modo univoco la continuità di cura, le correlazioni cliniche tra gli episodi, puntando sulla centralità del dato prodotto dalle procedure cliniche e gestionali; dematerializzare i processi clinici intra ed extra-aziendali, favorendo la realizzazione di un sistema di monitoraggio in grado di alimentare in tempo reale il sistema di datawarehouse regionale.

Le soluzioni individuate garantiranno le seguenti funzionalità innovative:

- RIS-PACS: Long Term Archive; modulo di screening che sfrutta l'utilizzo di algoritmi di IA; codifica delle prestazioni interventistiche e diagnostiche;
- Anatomia Patologica: Condivisione di dati e immagini istologiche tra i laboratori regionali, servizio di collaborazione clinica e teleconsulto; aumento del livello di sicurezza e di tracciabilità dei campioni; armonizzazione delle codifiche; algoritmi di AI per l'analisi dei vetrini e il supporto alla diagnosi;
- LIS: Interoperabilità tra gli Enti Sanitari per facilitare il processo di interscambio di esami tra i laboratori; armonizzazione delle codifiche; strumento per la gestione degli indicatori di qualità;
- PMA: Supporto applicativo legato ai percorsi; standardizzazione dei dati e sicurezza; uniformità e collaborazione tra i centri;
- Trasfusionale: Monitoraggio della catena di approvvigionamento del sangue dal donatore al ricevente; armonizzazione delle codifiche e delle procedure;
- Logistica: Strumento orientato all'operatore sanitario, prioritizzando l'efficienza e l'operatività, che sincronizza l'approvvigionamento, l'amministrazione e le cartelle cliniche, ottimizzando il lavoro sanitario;
- SUEM-118: Strumento unico che garantisce una risposta flessibile e tempestiva ai cambiamenti; integrazione con anagrafe regionale che gestirà le operazioni di allineamento anagrafico garantendo totale tracciabilità nel rispetto della sicurezza del processo clinico.

Il modello organizzativo istituito all'inizio delle attività contrattuali ha permesso di supportare le Aziende Sanitarie nel processo di approvvigionamento delle infrastrutture hardware locali necessarie all'introduzione delle nuove soluzioni, attraverso la presentazione del fabbisogno in CRITE. I team hanno predisposto, costantemente monitorato e aggiornato un Masterplan complessivo delle iniziative, per coordinarne l'avvio presso le singole Aziende Sanitarie nel modo meno impattante possibile per gli operatori e i referenti progettuali. Le attività progettuali

proseguiranno con l'obiettivo ultimo di raggiungere i target di avvio e governare eventuali criticità che si dovessero presentare in fase conclusiva di progetto.

Digitalizzazione SIO

Nel 2024 sono state condotte le azioni propedeutiche agli avvii. Le attività si sono focalizzate sulla risoluzione delle problematiche presenti in AOUIVR e propedeutiche alla chiusura del periodo di osservazione e al successivo collaudo. Nel primo trimestre sono state svolte le attività di configurazione/profilazione, di projectathon e di aggiornamento dei punti aperti anche per ULSS 4. Tutte le Aziende hanno inoltre partecipato a una site visit presso AOUIVR, a seguito della quale hanno evidenziato una serie di elementi di attenzione da sottoporre a RTI. Per quanto riguarda l'Ulss 1 è stato avviato il percorso ambulatoriale nei due distretti con la chiusura del periodo di osservazione per il distretto di Feltre; inoltre, sono state avviate le attività propedeutiche all'avvio del percorso Ricovero/PS. Ad ottobre 2024 sono iniziate le attività propedeutiche all'avvio nel distretto di Pieve di Soligo dell'Ulss 2. Tutte le Aziende hanno inoltre partecipato a una site visit presso l'Ulss 1 per evidenziare eventuali criticità, a seguito della quale si sono espresse positivamente in merito all'avvio presso le proprie sedi.

Fig. 1 Attività avviate nel 2024

ENTE SANITARIO	RIS-PACS	Anatomia Patologica	LIS	PMA	Logistica	Servizi provinciali	
						Trasfusionale	SUEM-118
AULSS1		19/06/24	25/11/24	21/11/23	15/07/24 – Belluno 29/07/24 – Feltre	09/2025	26/02/24
AULSS2	11/2025 – Conegliano-Vittorio Veneto e Montebelluna-Castelfranco 12/2025 - Treviso	30/01/25	06/2026	25/10/23	12/05/25 – Montebelluna-Castelfranco 27/05/25 – Treviso e Conegliano-Vittorio Veneto		26/06/23
AULSS3	09/07/24 – Dolo-Mirano 16/07/24 – Chioggia 24/09/24 – Mestre 01/10/24 – Venezia	09/04/24	12/2025	04/06/24	16/04/25 – Dolo-Mirano 14/05/25 – Chioggia 03/06/25 – Mestre 09/06/25 – Venezia	11/01/25	11/11/24
AULSS4	12/11/24	24/10/24	07/2026	10/06/24	23/05/25		
AULSS5	11/02/25	26/02/24	13/11/23	10/01/24	19/03/25	06/04/2025	11/12/23
AULSS6	08/04/25 – Camposampiero e Cittadella 06/05/25 – Schiavonia e Piove di Sacco	26/11/24	11/2025	06/03/24	02/07/24 – Schiavonia 04/07/24 – Piove di Sacco 23/07/24 – Cittadella e Camposampiero		09/10/23
AOPD		08/11/23	04/2026	26/07/23	26/06/25		
IOV		23/05/24					
AULSS7	16/01/24 – Bassano 30/01/24 – Santorso	04/03/25	03/04/24	15/11/23	27/03/24 – Santorso 17/04/24 – Bassano	06/05/24	25/03/24
AULSS8	10/12/24 – Vicenza 14/01/25 – Arz.Mont.	16/07/24	09/2026		25/02/25 – Vicenza 05/03/25 – Arz. Mont.		
AULSS9	23/07/2024 – San Bonifacio 25/07/24 – Villafranca 06/08/24 – Legnago	08/04/25	06/2026		31/10/23 – San Bonifacio 27/08/24 – Legnago 29/08/24 – Villafranca	11/2025	24/06/24
AOVR	09/2025	23/01/24	05/2026	16/04/24	15/10/24		

Avanzamento percentuale installazioni 23-24

	RIS-PACS	AP	LIS	PMA	Logistica	SIT	SUEM-118
n° totale installazioni da effettuare	12	12	11	9	24	7	7
n° totale installazioni effettuate al 31/12/2023	0	1	1	4	1	0	3
%	0%	8%	9%	44%	4%	0%	43%
n° totale installazioni effettuate al 31/12/2024	4,5	9	3	9	12	1	7
%	38%	75%	27%	100%	50%	14%	100%

Per maggiori informazioni

Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettive

Dorsoduro 3494/a, 30123 Venezia

ediliziaospedaliera@regione.veneto.it

041 2792327

49.2 OS4. Mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi.

Adeguamento servizi FSE

Nel corso del 2024 sono state svolte diverse attività relative al Portale Sanità km zero (SKZ) Fascicolo, con il fine di incrementare la tipologia di documenti resi disponibili e aumentare le tipologie di servizi fornite al cittadino, in linea con gli obiettivi Regionali e le linee guida FSE 2.0 e il DM 7 settembre 2024. In particolare, sono state svolte molteplici attività relative a: aggiornamento gestione sottoscrizioni e notifiche, aggiornamento modalità recupero documenti da parte del portale, integrazione col nuovo ATNA Repository, creazione e visualizzazione log oscuramento/deoscuramento da portale cittadino, deleghe al FSE, oscuramento a catena ricette specialistiche, taccuino personale - Documenti e Dati, consultazione esenzioni, gestione nuove categorie di medico, log dati clinici, oscuramento dati clinici, oscuramento e deoscuramento differenziato, ricette farmaceutiche.

Relativamente all'APP Sanità km zero Ricette, nel 2024, le attività hanno permesso di garantire una maggiore stabilità dell'APP stessa e l'ampliamento dei servizi FSE oltre all'adozione di un nuovo framework visivo.

Relativamente a Portale operatori è stata aggiunta la funzionalità legata all'accesso del delegato al FSE del delegante, come previsto dall'ambito di operatività di "tipo A" riportato nell'articolo 11 comma 12 del decreto FSE2.0.

Implementazione FSE 2.0

Adeguamento tecnologico

Nel corso dell'anno 2024, sono proseguite le interlocuzioni con i fornitori e con le Aziende Sanitarie al fine di monitorare/consolidare il Piano di Adeguamento Tecnologico, riportante la mappatura degli applicativi installati presso le Aziende Sanitarie e relativa pianificazione degli interventi di adeguamento a specifiche FSE 2.0. in particolare sugli applicativi produttori delle tipologie documentali afferenti al nucleo minimo FSE 2.0 e dei Referti di Specialistica Ambulatoriale.

Per il 2024 risultano adeguati 104 applicativi su 231; al fine di pianificare efficacemente gli adeguamenti degli applicativi, sono stati presi in considerazione i seguenti fattori, i quali hanno portato alla prioritarizzazione degli interventi di aggiornamento presso le Aziende Sanitarie: volume di referti prodotti dall'applicativo, prontezza dell'applicativo all'indicizzazione verso il FSEr ed eventuale sostituzione dell'applicativo con il nuovo SIO e progettualità PNRR M6 C2 I.1.1.1. Nel contempo, è stata richiesta alle Aziende Sanitarie la definizione di Piani di Adeguamento Tecnologico dettagliati. con l'obiettivo di monitorare l'avanzamento delle attività e individuare eventuali criticità.

Comunicazione - Intervento M6 C2 1.3.1 (b)

Nel 2024 si è proceduto con la messa a terra degli interventi di Comunicazione FSE 2.0 previsti dal Piano Esecutivo annuale. In particolare è stata sviluppata una proposta di schema architetturale da adottare per il nuovo Portale Sanità regionale, con relativi contenuti e percorsi

di navigazione. E' stata definita una procedura di gestione dei contatti URP unica a livello regionale, nello specifico mediante lo sviluppo di un sistema gestionale URP unico. In particolare, l'attività ha incluso la definizione di moduli e modelli standard per la raccolta e la gestione delle segnalazioni, ringraziamenti e richieste informazioni.
Sono state svolte attività a supporto della comunicazione istituzionale e della promozione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
Formazione - Intervento M6 C2 1.3.1 (b)
Nell'annualità 2024 si è proceduto con la messa a terra degli interventi di Formazione previsti dal Piano Esecutivo annuale.
In particolare, è stata avviata la predisposizione del materiale formativo, il quale consiste in cinque moduli FAD relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 Inoltre, sono state organizzate ed erogate sei edizioni formative rivolte a Direzioni Aziendali, Direttori di struttura complessa e DG degli enti sanitari regionali e relative a tematiche generiche FSE 2.0.
In ultimo, è stato predisposto, come da indicazioni ministeriali, un Piano di Formazione dedicato unicamente a MMG/PLS, all'interno del quale sono stati previsti interventi in aula su tematiche generiche FSE e ulteriori sessioni su tematiche più specifiche.

Fig. 1 Implementazione FSE

AZIENDA	Adeguati al 31/12/2024	Non adeguabili	Pianificati/Da pianificare	Totale generale
501 - AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI	10		3	**13**
502 - AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA	14	7	20	**41**
503 - AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	13	2	8	**23**
504 - AZIENDA ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE	7		5	**12**
505 - AZIENDA ULSS N. 5 POLESANA	6		5	**11**
506 - AZIENDA ULSS N. 6 EUGANEA	6	4	11	**21**
507 - AZIENDA ULSS N. 7 PEDEMONTANA	9	4	5	**18**
508 - AZIENDA ULSS N. 8 BERICA	12	8	5	**25**
509 - AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA	9	7	13	**29**
901 - AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA	4	1	6	**11**
912 - AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	10	2	3	**15**
952 - IOV	4	2	4	**10**
PIATTAFORMA REGIONALE - VACCINAZIONI			2	**2**
Totale generale	**104**	**37**	**90**	**231**

Fig. 2 Report sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico nel 2024

nr. di utenti che hanno effettuato almeno un accesso al portale FSEr cittadino	**1.150.971**
nr. di utenti hanno scaricato almeno un documento	**864.820**

nr. di Documenti indicizzati (incluso Referti, Consensi, Certificati Vaccinali, etc.)	**37.054.776**
nr. di Referti scaricati	**3.896.195**
nr. di Ricette Specialistiche indicizzate	**29.484.149**
nr. di Ricette Farmaceutiche indicizzate	**44.747.240**

nr. di Download Totali della APP Sanità Km Zero	**452.494**
di cui per Android	**368.186**
di cui per IOS	**84.308**

Per maggiori informazioni

Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettive

Dorsoduro 3494/a, 30123 Venezia

ediliziaospedaliera@regione.veneto.it

041 2792327

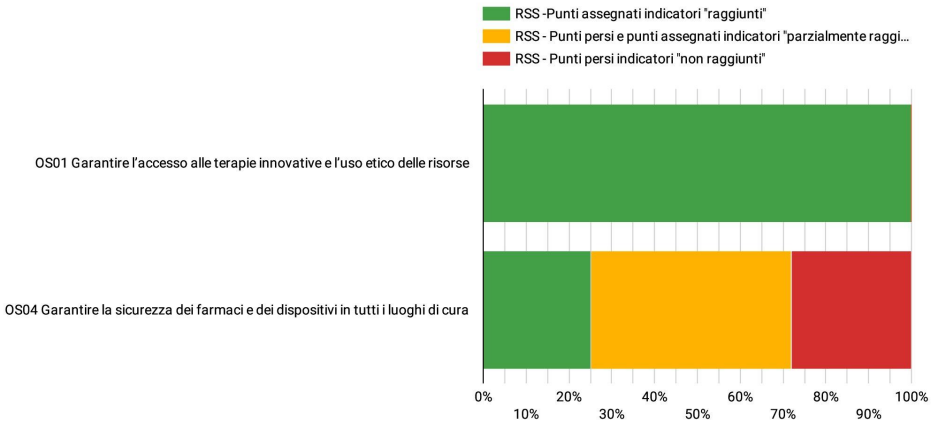
Attuazione obiettivi PSSR

50. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici

CONTENUTI

- 50.1 OS4 Garantire la sicurezza dei farmaci e dei dispositivi in tutti i luoghi di cura
- 50.2 OS5 Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



50.1 OS4 Garantire la sicurezza dei farmaci e dei dispositivi in tutti i luoghi di cura

La DGR n. 423 del 16 aprile 2024 integra la DGR n. 1023 del 28 luglio 2021, che aveva a suo tempo fornito indicazioni circa l'utilizzo di un sistema automatizzato personalizzato di dispensazione di terapie farmacologiche orali solide in dose unitaria. Per "dose unitaria" si intende un sistema di dispensazione della terapia farmacologica che prevede il riconfezionamento dei farmaci in bustine individuali giornaliere per ogni ospite dei Centri Servizi (CS) a seguito di singola prescrizione medica, integrato con un sistema di prescrizione medica informatizzata presso i Centri Servizi qualificati tali ai sensi della normativa regionale vigente di riferimento, tenuto conto del quadro normativo e regolatorio statale vigente in materia.
La DGR 423/2024, oltre a quanto già previsto dalla DGR n. 1023/2021, declina i seguenti ulteriori tre scenari:
- condivisione del sistema automatizzato tra CS gestiti da Soggetti giuridici diversi;
- esternalizzazione del servizio ad un Soggetto terzo, appositamente individuato tramite procedura ad evidenza pubblica;
- fornitura del servizio ai CS da parte dell'Azienda ULSS territorialmente competente che ha avviato o intende avviare, sia in ambito ospedaliero che residenziale, l'allestimento in dose unitaria al fine anche di razionalizzare e contenere la spesa farmaceutica.
Rispetto a detti scenari, il documento disciplina l'intero percorso logistico del farmaco in tutte le fasi del processo, dall'approvvigionamento alla somministrazione, assicurando la relativa tracciabilità. La DGR 423/2024, pertanto, nel quadro delineato dalla DGR 1023/2021, approvando ulteriori disposizioni in materia di dispensazione delle terapie farmacologiche orali solide in dose unitaria presso i Centri Servizi, qualificati tali ai sensi della normativa regionale vigente di riferimento, rende sempre più efficiente il sistema nel suo complesso, anche attraverso l'aggregazione funzionale tra più istituzioni del territorio e la collaborazione con le Aziende ULSS territorialmente interessate.
Inoltre, la DGR 423/2024 prende atto dell'avvio di un Progetto Pilota - promosso dall'Azienda ULSS n. 8 ed approvato dalla CRITE - che introduce un sistema automatizzato di allestimento di terapie in dose unitaria. La DGR, in sintesi, disciplina l'utilizzo dei sistemi automatizzati per l'allestimento di terapie in dose unitaria nei Centri Servizi (CS) del Veneto, in modalità condivisa oppure in affidamento a un Soggetto o Ente terzo.
Ciò ha portato a molteplici benefici in termini di:
- prevenzione del rischio di errori di somministrazione della terapia farmacologica;
- miglioramento dell'efficienza della gestione delle terapie stesse, tenuto conto delle esigenze rappresentate dai principali stakeholder del settore, quali soggetti interessati allo sviluppo dell'innovazione nella distribuzione dei farmaci all'interno dei CS con, tra l'altro, conseguente riduzione del tempo impiegato dagli infermieri per l'attività di preparazione della terapia a tutto vantaggio dell'attività di assistenza e cura propriamente detta.

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

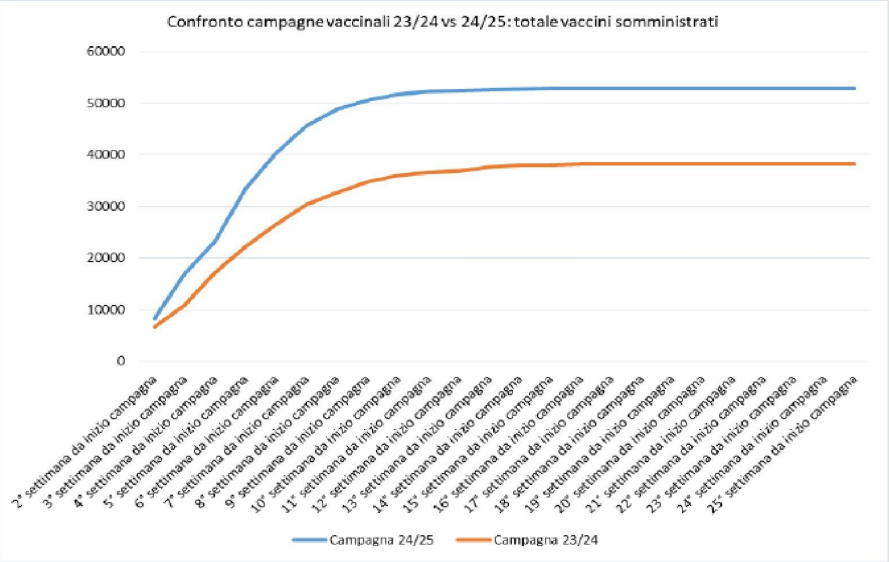
assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

041 2793412

50.2 OS5 Valorizzare le Farmacie di comunità attraverso i nuovi Servizi

La DGR n. 97 del 12 febbraio 2024 approva un documento di programmazione e indirizzo per i servizi erogabili dalle farmacie di comunità che costituiscono parte integrante della rete assistenziale territoriale, quali presidi sanitari di prossimità, in linea tra l'altro con il Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022, attuativo del PNRR, Missione 6 – Salute. Il documento "La Farmacia dei Servizi nel SSR Veneto" articola i servizi erogabili dalle Farmacie di comunità tenendo conto di tre aspetti principali:
1) Attività consolidate (screening del carcinoma del colon retto, somministrazione di vaccini anti Covid-19 e antinfluenzali, somministrazione di test diagnostici (nasali, salivari, orofaringei), prenotazione di prestazioni (Farmacup) e distribuzione per conto (DPC) di farmaci e dispositivi medici);
2) Attività implementabili (come la riconciliazione farmacologica, il monitoraggio dell'aderenza terapeutica, lo screening di patologie (es. diabete non noto) e la televisita);
3) Attività da sviluppare (attività di telemedicina, l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con informazioni sui farmaci acquistati e i risultati di esami eseguiti a carico del cittadino, l'implementazione di altre tipologie di testing e la promozione di campagne di screening oncologici).
Nel corso dell'anno 2024, sempre nell'ambito della Farmacia dei Servizi, le farmacie hanno partecipato – tra le altre attività – alla campagna vaccinale 2024-2025 anti Covid-19 e antinfluenzale (DGR n. 1131/2024). La Regione, sempre nel 2024, ha inteso stanziare risorse del bilancio regionale di previsione 2024-2026 per assicurare l'erogazione del glucagone per via nasale – ancorché non rientrante nei Livelli Essenziali di Assistenza - che rappresenta un'innovazione significativa nel trattamento delle ipoglicemie gravi, al fine di migliorare l'autonomia e la sicurezza dei pazienti diabetici e dei loro assistenti, garantendo un intervento tempestivo che può salvare vite (DGR n. 21/2024).

Fig. 1 – Report somministrazione vaccini antinfluenzali presso le farmacie convenzionate



Totale farmacie con almeno una somministrazione:

- campagna vaccinale 24/25 = n. 476
- campagna vaccinale 23/24 = n. 452

Numero totale di vaccinazioni somministrate:

- campagna vaccinale 24/25 = n. 52.889
- campagna vaccinale 23/24 = n. 38.135

Fig. 2 - Report somministrazione vaccini anti SARS-CoV-2 presso le farmacie convenzionate

Settimana	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	Totale
07/10/2024 - 13/10/2024	24	48	0	0	11	64	7	22	56	232
14/10/2024 - 20/10/2024	36	211	44	11	21	253	41	249	293	1.159
21/10/2024 - 27/10/2024	18	295	188	9	89	427	70	402	484	1.982
28/10/2024 - 03/11/2024	7	238	122	0	58	274	55	275	338	1.367
04/11/2024 - 10/11/2024	18	449	283	10	37	434	121	345	530	2.227
11/11/2024 - 17/11/2024	12	363	220	1	59	401	57	354	441	1.908
18/11/2024 - 24/11/2024	14	290	155	10	52	241	43	158	475	1.438
25/11/2024 - 01/12/2024	6	212	129	0	27	266	43	197	255	1.135
02/12/2024 - 08/12/2024	0	142	29	0	33	132	41	120	190	687
09/12/2024 - 15/12/2024	6	54	35	0	18	79	13	43	123	371
16/12/2024 - 22/12/2024	0	30	20	0	7	51	12	39	85	244
23/12/2024 - 29/12/2024	0	6	2	0	2	5	0	1	7	23
30/12/2024 - 05/01/2025	0	16	0	0	3	8	0	9	18	54
06/01/2025 - 12/01/2025	0	7	0	0	0	6	6	12	10	41
13/01/2025 - 19/01/2025	0	4	0	0	0	11	4	5	3	27
20/01/2025 - 26/01/2025	0	7	0	0	0	4	2	5	4	22
20/01/2025 - 02/02/2025	0	2	0	0	3	4	2	1	0	12
03/02/2025 - 09/02/2025	0	4	0	0	0	0	0	1	3	8
10/02/2025 - 16/02/2025	0	0	0	0	0	1	0	10	3	14
17/02/2025 - 23/02/2025	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24/02/2025 - 02/03/2025	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03/03/2025 - 09/03/2025	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10/03/2025 - 16/03/2025	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17/03/2025 - 23/03/2025	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24/03/2025 - 31/03/2025	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totale	141	2.378	1.227	41	420	2.661	517	2.248	3.318	12.952

Totale farmacie con almeno una somministrazione:

- campagna vaccinale 24/25 = n. 200
- campagna vaccinale 23/24 = n. 218

Fig. 3 - Numero totale di farmacie con almeno una somministrazione

Azienda	Farmacie con almeno una somministrazione dal 07/10/24	Numero totale farmacie in Veneto (dato aggiornato al 26.05.2023)	% farmacie con almeno una somministrazione sul totale
ULSS 1	4	76	5,3%
ULSS 2	28	254	11,0%
ULSS 3	17	196	8,7%
ULSS 4	2	63	3,2%
ULSS 5	17	90	18,9%
ULSS 6	37	285	13,0%
ULSS 7	11	113	9,7%
ULSS 8	23	149	15,4%
ULSS 9	61	275	22,2%
Totale	**200**	**1.501**	**13,3%**

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

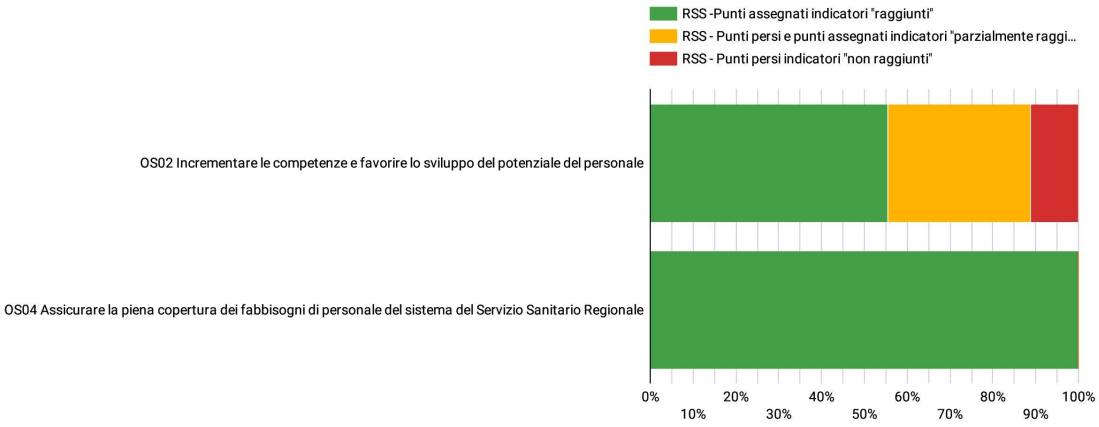
041 2793412

51. Il governo e le politiche per il personale

CONTENUTI

- 51.1 OS3 Innovare modalità e strumenti per la gestione del personale
- 51.2 OS4 Assicurare la piena copertura dei fabbisogni di personale del sistema del Servizio Sanitario Regionale

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



51.1 OS3 Innovare modalità e strumenti per la gestione del personale

L'implementazione dell'assistenza territoriale prevista dal Decreto Ministeriale 77/2022 rappresenta una delle riforme più significative del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nell'ambito del PNRR. Il DM 77 ridisegna infatti il modello organizzativo dell'assistenza sanitaria di prossimità, promuovendo un sistema basato sulla centralità del territorio, sull'integrazione tra servizi sanitari e sociali e sul potenziamento delle cure domiciliari. Elementi chiave dell'attuazione includono la creazione delle Case della Comunità, la riorganizzazione della medicina generale, l'introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità, e il rafforzamento dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Questo nuovo modello mira a garantire continuità delle cure, presa in carico multidisciplinare del paziente e una maggiore equità nell'accesso ai servizi.
Dal punto di vista operativo, l'implementazione richiede una forte collaborazione tra Regioni, Aziende Sanitarie e Comuni, oltre a un investimento significativo in infrastrutture, tecnologia e personale. Fondamentale è il monitoraggio degli obiettivi e dei fabbisogni professionali, nonché l'attivazione di percorsi formativi specifici per le nuove figure sanitarie. L'implementazione dell'assistenza territoriale si configura, quindi, non solo come una riforma strutturale, ma come un cambiamento culturale che punta a spostare il baricentro della cura dall'ospedale al territorio, con una visione più orientata alla prevenzione, alla prossimità e alla personalizzazione dei servizi.
La Regione del Veneto ha da tempo costruito un sistema di codifica a 7 livelli per una mappatura omogenea delle strutture ospedaliere, territoriali e della prevenzione presenti nelle diverse Aziende. Tale codifica omogenea consente il confronto e il monitoraggio di un set di dati e informazioni che risultano fondamentali per tutti i livelli di management, sia aziendali che regionale.
Nel corso del 2024 si è quindi proceduto con una revisione di questo sistema di codifica in modo da aggiornarlo alle novità organizzative introdotte dal DM 77/2022 e facilitando in questo modo anche il monitoraggio degli investimenti che ciascuna Azienda sta portando avanti nell'ambito di quanto previsto dal DM stesso.
In particolare sono state mappate nuove strutture come gli Ospedali di comunità e le Case della comunità, ma anche servizi come l'Infermieristica di famiglia o comunità e l'Assistenza Domiciliare Integrata.
Nell'ambito della gestione del personale risulta fondamentale investire nell'aggiornamento dei database e dei sistemi informativi, garantendo tra le altre accuratezza, coerenza e conformità normativa.

Per maggiori informazioni

Direzione Risorse Umane del SSR

San Polo 2514, 30125 Venezia

risorseumanessr@regione.veneto.it

041 2793434

51.2 OS4 Assicurare la piena copertura dei fabbisogni di personale del sistema del Servizio Sanitario Regionale

Molteplici studi e documenti internazionali mostrano che nei prossimi anni tutti i sistemi sanitari europei dovranno affrontare un livello di difficoltà molto critico, legato in particolare alla carenza di personale sanitario, riguardante prevalentemente il profilo professionale di infermiere e di alcune altre figure di medici specialisti.
Dalle stime analizzate si può sostenere che due macro-fattori concorrano principalmente alla carenza di personale sanitario e, segnatamente, da una parte la diminuzione del numero di lavoratori dovuta alla previsione di un numero molto elevato di uscite di tale personale operante nel Servizio sanitario per quiescenza e dimissioni inattese e, dall'altra, l'aumento di richiesta di prestazioni sanitarie.
La situazione in Italia presenta ulteriori criticità dovute alla composizione stratificata del personale sanitario, con la presenza di numerosi profili di professionisti (ad oggi ne sono istituiti 31, di cui 23 professioni sanitarie dell'area infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e della prevenzione) connotati da competenze specifiche. Tale approccio a silos si ritiene limiti fortemente la flessibilità necessaria nell'aspetto operativo del lavoro, producendo contestualmente una ridotta attrattività per alcune specializzazioni o professioni percepite come più faticose, meno remunerative e socialmente meno riconosciute. A ciò si aggiunge la progressiva difficoltà nel soddisfare il bisogno di personale sanitario soprattutto nelle aree periferiche.
Data l'importanza delle analisi dei contesti sopradescritte, la Regione del Veneto traendo spunto dalle criticità del sistema si sta, pertanto, attivando con azioni tese a prevenirle e superarle, con l'obiettivo di attenuare gli effetti di questa crisi del personale sanitario e assistenziale, perseguendo politiche per rafforzare il Sistema Sanitario Regionale, rendendolo più resiliente alle crisi future. Con la deliberazione di Giunta regionale n. 960 del 13/08/2024 ha pertanto approvato il "Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto", volto ad analizzare e fronteggiare la carenza di medici, infermieri e operatori sociosanitari nei servizi regionali.
Complessivamente, la DGR n. 960/2024 definisce un quadro organico di azioni strutturate, governance dedicata e monitoraggio costante, per garantire la sostenibilità del sistema sanitario regionale.
Le azioni, alcune trasversali per tutto il personale, altre specifiche per alcune famiglie professionali di particolare interesse, sono state create anche sulla base di indicazioni e best practice emerse dall'analisi di letteratura come azioni concorrenti per affrontare i cinque macro-problemi individuati e il raggiungimento dei relativi obiettivi (Tabella 1); il piano ha un orizzonte temporale quinquennale.
La DGR n.106 del 12/02/2024 è un ulteriore provvedimento cruciale che interviene infatti con misure organizzative per affrontare la persistente carenza di personale sanitario, in particolare medici, in primis attraverso la regolamentazione degli incarichi di lavoro autonomo, ma agendo su più fronti:

1. Reperimento Immediato di Personale per Servizi Essenziali;
2. Calmieramento del Mercato e Contenimento della Spesa;
3. Flessibilità Organizzativa per la Copertura dei Fabbisogni;
4. Inclusione dei Medici in Formazione Specialistica.

Pur riconoscendo la natura straordinaria della situazione, la delibera fornisce gli strumenti organizzativi e finanziari necessari per "Assicurare la piena copertura dei fabbisogni di personale del sistema del Servizio Sanitario Regionale", garantendo la continuità e l'efficacia del servizio pubblico attraverso un uso controllato e trasparente delle risorse aggiuntive.

Tabella 1 Macro-problemi e Obiettivi del piano strategico regionale

MACRO-PROBLEMA	OBIETTIVO
1. Complessità del fenomeno "carenza di personale", con cause multifattoriali che interessano i settori pubblico e privato accreditato	Coordinamento unitario delle azioni a livello regionale
2. Bassa capacità di trattenere il personale in servizio, come evidenziato dall'aumento delle dimissioni inattese del personale del SSR pubblico, per varie cause	Miglioramento della capacità delle aziende sanitarie di trattenere il personale
3. Diminuzione del tempo effettivo lavorato, a causa dell'invecchiamento del personale	Riduzione dell'impatto dell'invecchiamento del personale sulla produzione di servizi
4. Carenza di personale di assistenza, a causa dell'elevato numero di quiescenze	Riduzione dell'impatto delle quiescenze massive
5. Perdita di attrattività della formazione infermieristica e OSS e di alcune specializzazioni mediche	Aumento dell'attrattività delle professioni e di alcune specifiche specializzazioni mediche

Tabella 1 Macro-problemi e Obiettivi del piano strategico regionale

Per maggiori informazioni

Direzione Risorse Umane del SSR

San Polo 2514, 30125 Venezia

risorseumanessr@regione.veneto.it

041 2793434

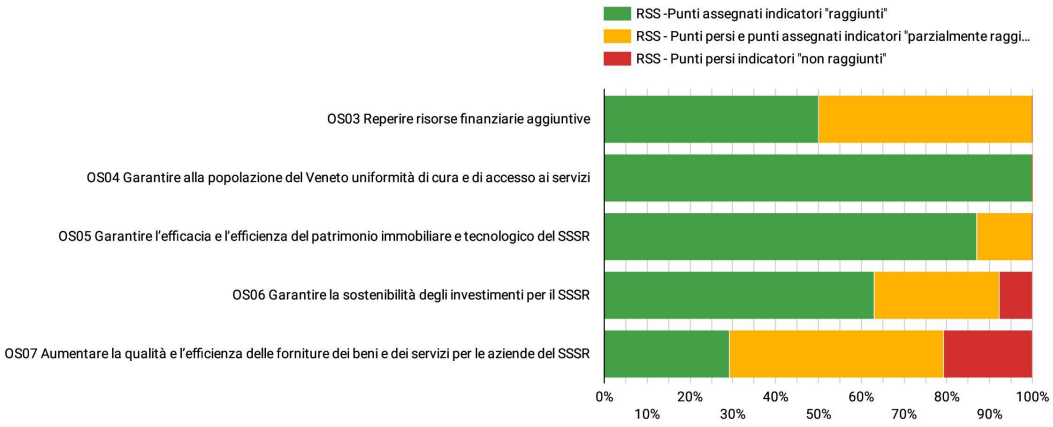
Attuazione obiettivi PSSR

52. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali

CONTENUTI

- 52.1 OS1 Rendere congruente il modello di riparto del FSR al reale profilo dei bisogni delle popolazioni del territorio ed ai cambiamenti istituzionali ed organizzativi del SSSR del Veneto
- 52.2 OS2 Flessibilità nell'utilizzo delle risorse
- 52.3 OS4 Garantire alla popolazione del Veneto uniformità di cura e di accesso ai servizi

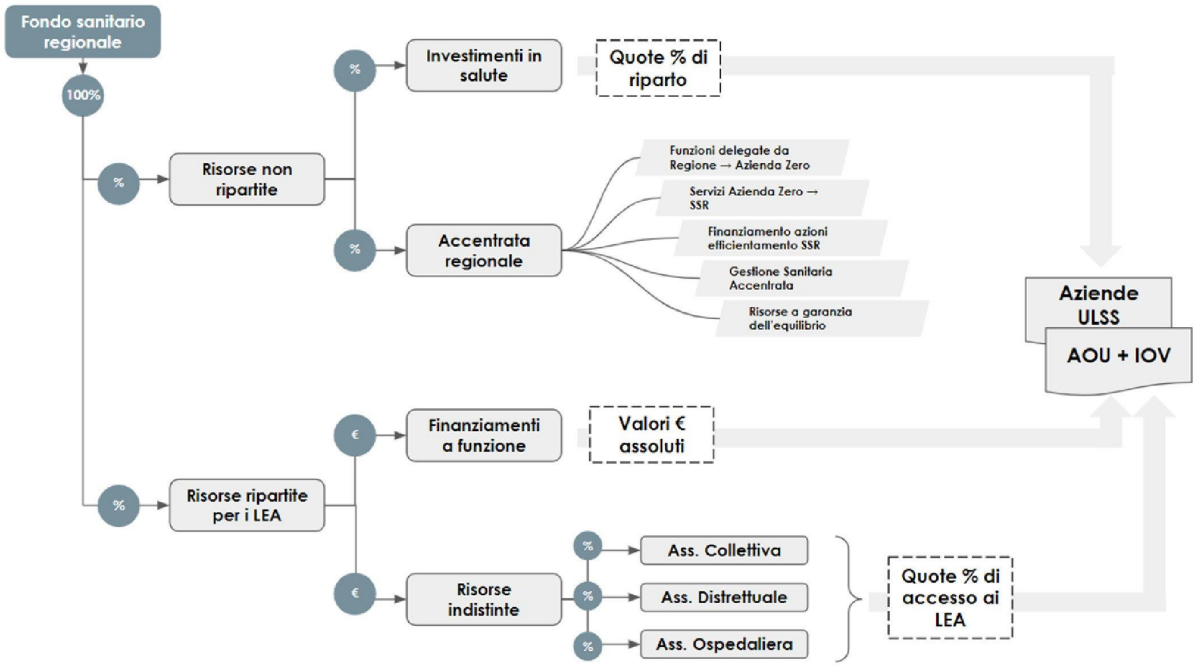
Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



52.1 OS1 Rendere congruente il modello di riparto del FSR al reale profilo dei bisogni delle popolazioni del territorio ed ai cambiamenti istituzionali ed organizzativi del SSSR del Veneto

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 23 del 14 gennaio 2025 (a seguito dell'Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano rep. atti n. 228/CSR/2024 del 28 novembre 2024 di riparto del FSN 2024), in continuità con criteri di ripartizione già definiti con la DGR n. 1617/2022, ha previsto un aggiornamento dei criteri tecnici di valorizzazione di specifici fattori produttivi secondo gli standard di riferimento di alcuni finanziamenti a funzione e l'aumento della percentuale di risorse ripartibili agli Enti del SSR, ai fini di migliorare ed anticipare i fabbisogni economici legati al raggiungimento degli obiettivi di carattere sanitario.
Il modello di riparto si caratterizza perché:
1. Estende a tutti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) la logica del finanziamento senza vincoli di destinazione;
2. Rafforza il principio delle dotazioni e dei costi standard, così come previsto dal Dlgs. 68/2011 e dal Piano Socio Sanitario regionale;
3. Garantisce l'equità orizzontale anche con riferimento agli investimenti in sanità effettuati dalle Aziende Sanitarie;
4. E' volto a tener separate le scelte di competenza degli organi politici da quelle che rappresentano decisioni tecniche.
Il modello è stato elaborato sulla base dei seguenti principi:
1. Realizzare un sistema di finanziamento che garantisca assegnazioni certe fin dall'inizio dell'esercizio;
2. Garantire la stabilità dei criteri di riparto per un triennio;
3. Favorire la trasparenza del sistema di finanziamento al SSR e la sua condivisione da parte di tutti gli attori;
4. Perseguire l'equità fra le Aziende Sanitarie, garantendo che a bisogni sanitari maggiori corrispondano maggiori finanziamenti;
5. Tenere in considerazione le aree caratterizzate da specificità nella configurazione geografica territoriale ed in termini di dispersione territoriale;
6. Finanziare le Aziende sulla base di quote percentuali di accesso al totale del Fondo Sanitario e non definendo un ammontare assoluto dei finanziamenti (ad eccezione dei finanziamenti a funzione);
7. Favorire l'equilibrio economico e finanziario strutturale delle Aziende Sanitarie.

Fig. 1 Il modello di riparto di riferimento



Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione e controllo SSR

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionecontrollossr@regione.veneto.it

041 2793434

52.2 OS2 Flessibilità nell'utilizzo delle risorse

La DGR 1443 del 3 dicembre 2024 ha avviato la collaborazione tra la Regione del Veneto e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) in materia di attività formative in Health Technology Assessment (HTA), di cui al D.M. Salute 9 giugno 2023, rivolte ai professionisti che operano all'interno del Servizio Sanitario Regionale per lo sviluppo delle relative competenze tecnico-professionali.
L'art. 1, comma 587 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, al fine di promuovere il razionale uso dei dispositivi medici - sulla base del principio costo-efficacia - e garantire l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del SSN per il governo dei consumi dei dispositivi medici, a tutela della sicurezza nell'uso della tecnologia e della salute dei cittadini, ha stabilito che il Ministero della Salute, istituisse una cabina di regia e una rete nazionale, coordinata dall'AGENAS, di collaborazione tra le Regioni per la definizione e per l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per HTA, denominato "Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici".
L'obiettivo era ed è quello di rendere i procedimenti di acquisto più efficienti. Ai fini della realizzazione di tale Programma, è stato pertanto istituito un fondo per il governo dei dispositivi medici, vincolando un terzo delle relative risorse al finanziamento delle attività del Programma nazionale di HTA, che sono state attribuite ad AGENAS.
Il Ministero della salute, pertanto, ha adottato il "Programma nazionale HTA dei dispositivi medici" per il triennio 2023-2025, il quale, per favorire la conoscenza e l'utilizzo dell'HTA o di logiche di HTA, da parte di tutti i professionisti che operano nel SSN, sanitari e non sanitari, ha previsto l'avvio di un piano strutturato e continuo di formazione.
AGENAS ha quindi approvato il documento "Sviluppo delle competenze tecnico professionali di HTA del personale del SSN. Piano Operativo per l'erogazione di Corsi di Formazione di base ed avanzata" il quale è stato oggetto di approvazione da parte della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Nello specifico, il Piano Operativo prevedeva l'attivazione da parte di AGENAS di un corso di formazione pilota finalizzato ad assicurare una piena armonizzazione dei corsi erogati a livello regionale e, successivamente, l'attivazione da parte delle Regioni di corsi di formazione di base in HTA rivolti ai professionisti che operano all'interno dei rispettivi SSR.
Nel Piano sono esplicitate le modalità di erogazione del contributo alle Regioni, lo specifico riparto delle risorse finanziarie per i corsi regionali ed il numero di operatori che vi potranno partecipare (147 in Veneto), il riparto delle risorse per il corso pilota ed il numero di professionisti che vi potranno partecipare (4 in Veneto).
Considerato l'interesse della Regione del Veneto, così come manifestato in particolare dalla competente Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, alla partecipazione di propri rappresentanti ad entrambi i corsi sopra citati, si è approvato – con la DGR 1443/2024 - l'Accordo di collaborazione tra la Regione del Veneto e AGENAS.
In sintesi, la DGR 1443/2024 centralizza le valutazioni di HTA al fine di garantire un efficace acquisto delle tecnologie sanitarie.

Per maggiori informazioni

Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

Dorsoduro 3493, 30123 Venezia

assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

041 2793412

52.3 OS4 Garantire alla popolazione del Veneto uniformità di cura e di accesso ai servizi

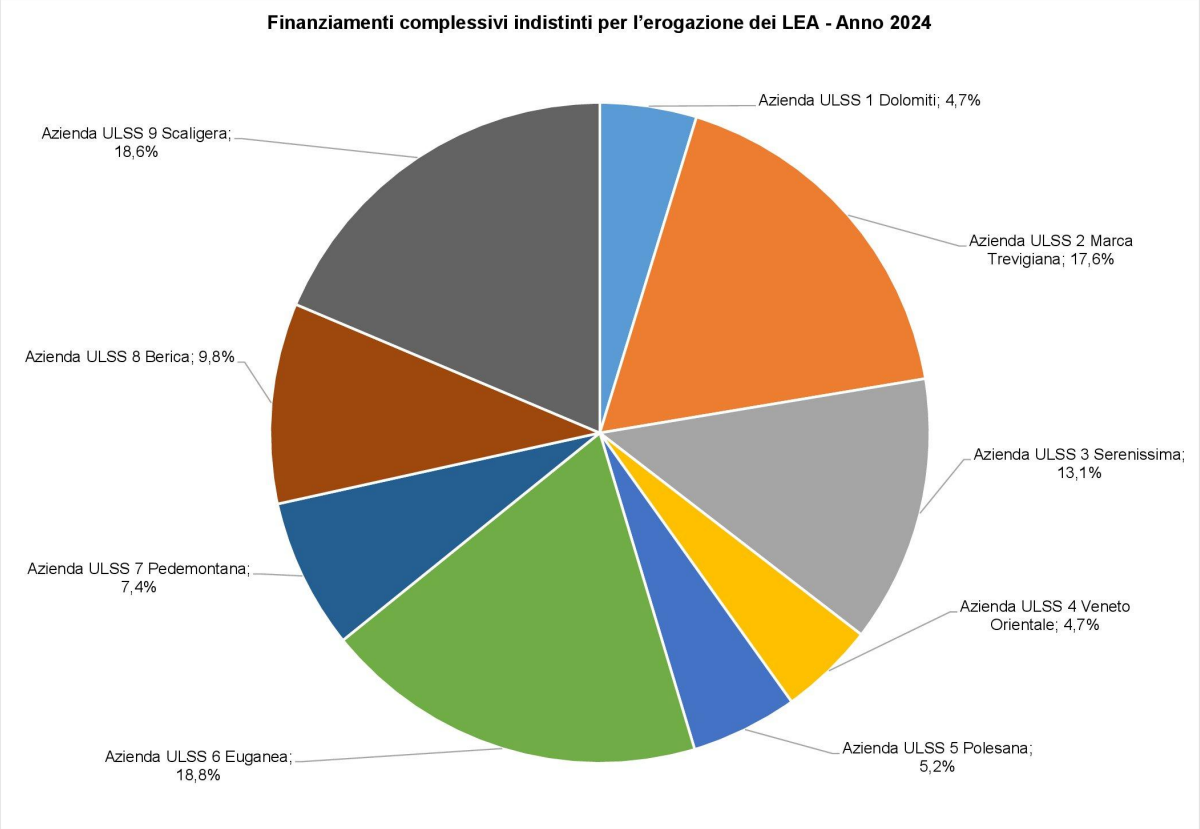
La Deliberazione della Giunta Regionale n. 35 del 21 gennaio 2025 (a seguito dell'Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano rep. atti n. 228/CSR/2024 del 28 novembre 2024 di riparto del FSN 2024), è un atto fondamentale per l'assegnazione delle risorse finanziarie ed economiche utili all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'anno 2024. Questo provvedimento si pone in stretta relazione con l'obiettivo regionale volto a rendere congruente il modello di riparto del FSR al reale profilo dei bisogni delle popolazioni del territorio ed ai cambiamenti istituzionali ed organizzativi del SSSR del Veneto.
Con la Deliberazione n. 35/2025, la Regione del Veneto approva la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale 2024 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) sulla base delle risorse statali definite dalle Intese Stato-Regioni e dei criteri aggiornati dalla DGR n. 23/2025. Il provvedimento:

- assicura la disponibilità di risorse omogenee a tutti gli Enti del SSR per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio regionale;
- adotta criteri di riparto basati sia su quota capitaria che su specificità territoriali e funzioni centralizzate, garantendo parità di accesso ai servizi sanitari essenziali per tutti i cittadini veneti, a prescindere dalla provincia o dall'Azienda ULSS di appartenenza;
- prevede inoltre un finanziamento correttivo in base alle dinamiche della popolazione per mantenere l'equilibrio tra territori in crescita e quelli con popolazione più stabile, senza squilibri nella garanzia dei servizi.

Con questa delibera viene così tutelata:

- l'uniformità dei livelli di assistenza e cura offerti in Veneto;
- il diritto equo di accesso ai servizi sanitari;
- la continuità e qualità dei servizi, attraverso un sistema di programmazione e assegnazione delle risorse fondato su criteri trasparenti e condivisi a livello nazionale e regionale.

Fig. 1 Finanziamenti complessivi indistinti per l'erogazione dei LEA - Anno 2024



Per maggiori informazioni

Direzione Programmazione e Controllo SSR

San Polo 2514, 30125 Venezia

programmazionesanitaria@regione.veneto.it

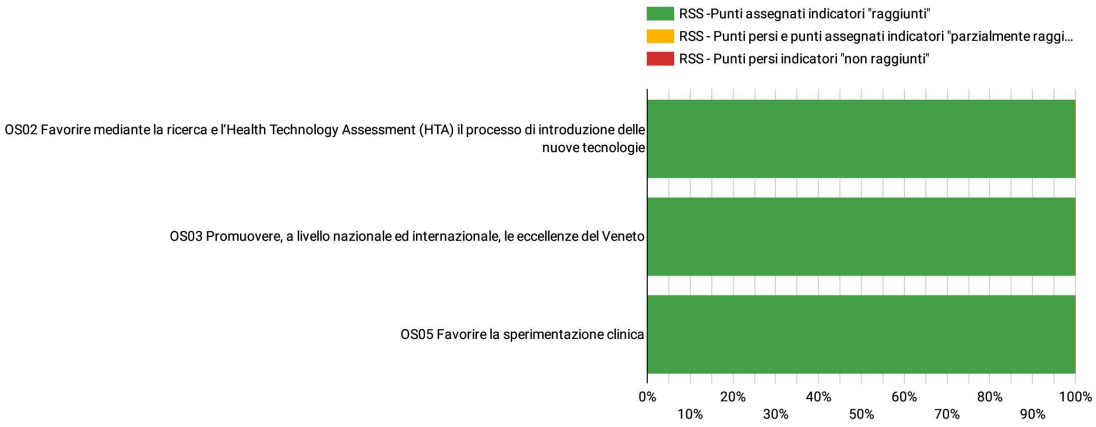
041 2793434

53. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie

CONTENUTI

- 53.1 OS1. Promuovere ricerca ed innovazione in ambito sanitario

Obiettivi Direttori Generali Aziende Sanitarie 2024 (DGR 1682/2023) in relazione agli obiettivi strategici PSSR



53.1 OS1. Promuovere ricerca ed innovazione in ambito sanitario

Progetto di digitalizzazione delle Anatomie Patologiche del Veneto

Il Veneto ha acquistato, nell'ambito del PNRR Missione 6 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" un Sistema Informativo regionale di gestione della tracciabilità dei processi di Anatomia Patologica attualmente in corso di installazione. Tale Sistema Informativo può consentire l'acquisizione delle immagini digitali dei vetrini e l'archiviazione in Cloud supportando il workflow della Patologia Digitale e l'uso di Intelligenza Artificiale (AI) validata clinicamente e certificata CE IVDR 2017/746, come ausilio alla refertazione per la diagnostica dei tumori di prostata, mammella e polmone. L'evoluzione della patologia clinica dalla lettura del vetrino attraverso il microscopio ottico verso l'acquisizione digitale delle immagini dei campioni e la refertazione sull'immagine digitale anziché sul vetrino viene definita Patologia Digitale. La patologia digitale presenta molti potenziali vantaggi, tra cui l'automazione di alcune fasi del processo, la riduzione degli errori umani, la riduzione dei tempi di refertazione, la possibilità di eseguire revisioni successive, la possibilità di implementare la telepatologia, la possibilità di supporto alla formazione.
La tecnologia necessaria per implementare la patologia digitale è costituita da scanner per la digitalizzazione dei vetrini e workstation complete di software e monitor per l'acquisizione, visualizzazione, elaborazione, refertazione e archiviazione delle immagini digitali. In questo contesto la Regione del Veneto ha avviato un progetto innovativo di digitalizzazione su scala regionale dei vetrini istologici ai fini diagnostici, per refertazione anche a distanza (telepatologia) con l'obiettivo di migliorare la qualità e accessibilità delle prestazioni e la tracciabilità del processo, rendere più efficienti i flussi di lavoro, ottimizzare l'archiviazione, supportare la formazione dei giovani patologi e l'attività di ricerca. La digitalizzazione dei preparati istologici generati dalle Anatomie Patologiche del Veneto è finalizzata inoltre alla realizzazione di una comunità diagnostica virtuale all'interno della quale gestire diagnosi complesse promuovendo il miglioramento della qualità diagnostica e sopperendo ad eventuali temporanee carenze di patologi specialisti. La prossima fase del progetto prevede di dotare le Aziende Sanitarie, tramite gara regionale, di scanner per la digitalizzazione dei vetrini (completi di accessori per la tracciabilità), workstation e monitor per la loro visualizzazione e refertazione. Visti l'innovazione, la complessità e l'impatto sull'organizzazione delle Anatomie Patologiche il progetto prevede un'implementazione graduale con l'avvio a partire dalle seguenti Aziende pilota: Azienda Ospedale-Università di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e ULSS 5 Polesana. Le aziende sono state individuate sulla base delle esperienze già maturate e della numerosità e complessità dell'attività, funzionale a testare il modello. Gli obiettivi del progetto sono:

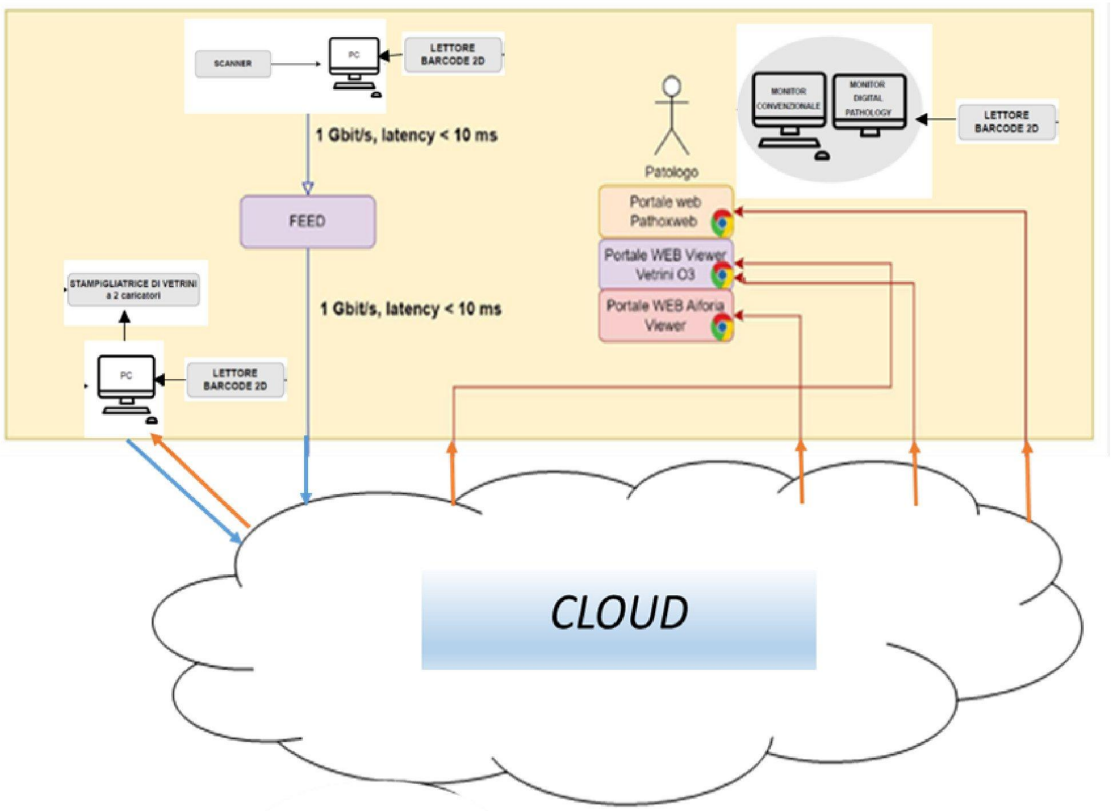
- Sviluppare e testare criteri di dimensionamento tecnologico e politiche di gestione della tecnologia;
- Sviluppare e testare un protocollo di validazione "Whole Slide Images" finalizzato a stabilire la concordanza diagnostica tra vetrini digitali e vetrini tradizionali sia intra-osservatore che interosservatore;

•Sviluppare e testare un modello organizzativo;

•Valutare l'impatto sulle risorse informatiche e infrastrutturali di rete per la trasmissione e archiviazione di immagini digitali di elevate dimensioni;

•Definire regole di archiviazione dell'immagine digitale (tipologia e tempi di conservazione).

Progetto di digitalizzazione delle Anatomie Patologiche del Veneto



Per maggiori informazioni

Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettive

Dorsoduro 3493/A, 30123 Venezia

ediliziaospedaliera@regione.veneto.it

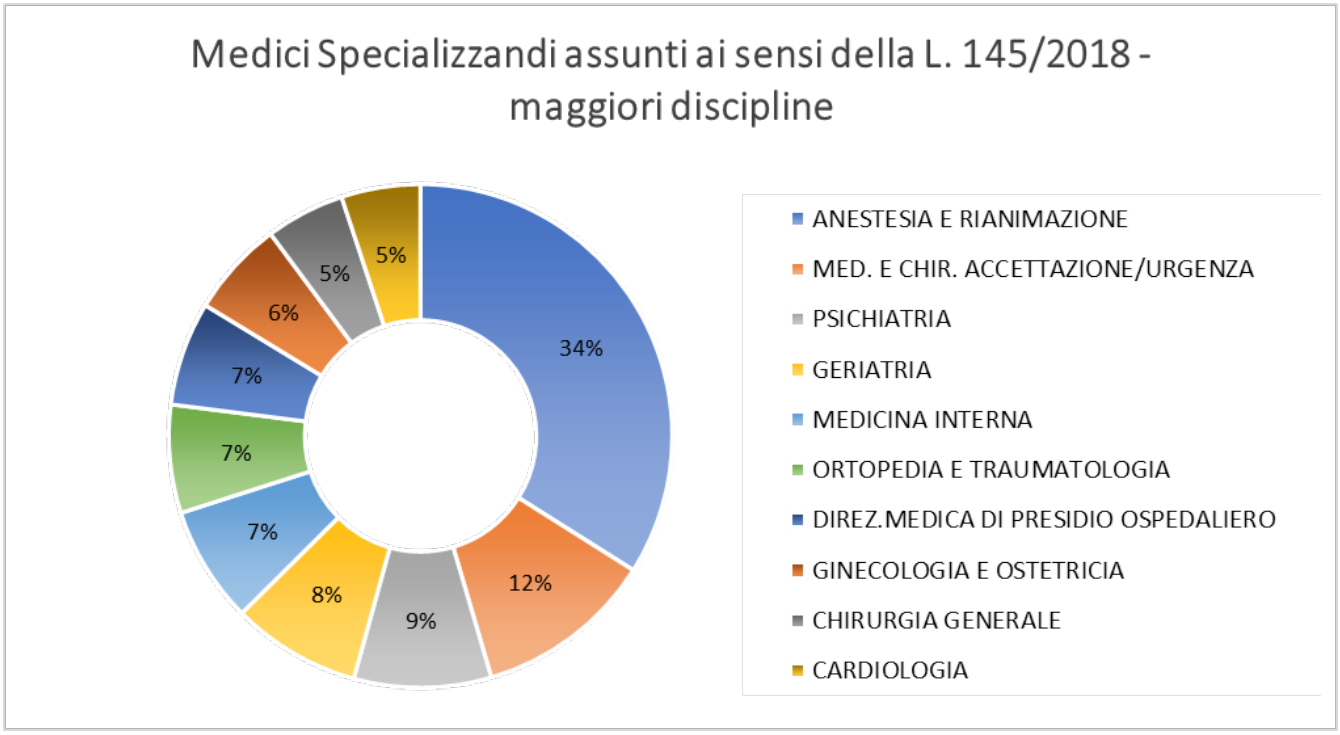
041 2792327

Attuazione obiettivi PSSR

54. Rapporti con l'università

CONTENUTI

- 54.1 OS1. Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali
- 54.2 OS2 Incentivare la formazione come sviluppo di professionisti competenti rispetto ai bisogni clinico-assistenziali


Medici Specializzandi assunti ai sensi della L. 145/2018 - maggiori discipline
34%
12%
9%
8%
7%
7%
7%
6%
5%
5%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
MED. E CHIR. ACCETTAZIONE/URGENZA
PSICHIATRIA
GERIATRIA
MEDICINA INTERNA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DIREZ.MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO
GINECOLOGIA E OSTETRICIA
CHIRURGIA GENERALE
CARDIOLOGIA

54.1 OS1. Favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali

La Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n. 1013 del 03 settembre 2024 ad oggetto "Approvazione dello schema di convenzione tra la Regione del Veneto e l'Università degli Studi di Verona per la frequenza da parte degli specializzandi medici e non medici iscritti alle Scuole di specializzazione di area sanitaria delle Direzioni e Unità Organizzative regionali afferenti all'Area Sanità e Sociale. (Decreto Legislativo n. 368/1999 s.m.i. - D.M. Miur n. 716/2016)." riveste un ruolo significativo nel perseguimento dell'obiettivo regionale che mira a favorire la collaborazione tra Regione e Università nel raggiungimento dei compiti istituzionali. La Giunta Regionale ha infatti approvato uno schema di convenzione tra la Regione del Veneto e l'Università degli Studi di Verona per la frequenza da parte degli specializzandi medici e non medici iscritti alle Scuole di specializzazione di area sanitaria delle Direzioni e Unità Organizzative regionali afferenti all'Area Sanità e Sociale. La convenzione ha una validità di quattro anni.

La DGR si fonda sul Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368 s.m.i., che disciplina la formazione specialistica dei medici, e sui Decreti MIUR n. 716 del 2016 e n. 68 del 2015, che individuano le Scuole di specializzazione di area sanitaria, incluse quelle ad "accesso misto" per non medici. Il decreto legislativo prevede che il medico in formazione specialistica segua un programma di formazione che include attività pratiche da svolgersi in strutture che costituiscono la rete formativa delle Scuole di specializzazione. Le reti formative sono organizzate per garantire la completezza del percorso formativo, e gli Atenei possono avvalersi di "strutture complementari" con cui devono essere stipulate convenzioni specifiche.

La DGR evidenzia come le Direzioni e Unità Organizzative regionali dell'Area Sanità e Sociale possano offrire agli specializzandi esperienze non assistenziali di elevato valore, contribuendo all'acquisizione di competenze previste dagli ordinamenti didattici delle Scuole. Allo stesso tempo, la presenza di specializzandi presso le strutture regionali apporta innovazione e competenze specifiche all'amministrazione, supportando lo sviluppo e la gestione delle attività istituzionali regionali in continua evoluzione. Questo rapporto sinergico è visto come un prezioso collegamento con il mondo accademico e scientifico.

La convenzione definisce la denominazione delle strutture regionali qualificate come "strutture complementari" dalla rete formativa, i tempi e le modalità delle attività formative non assistenziali, l'obbligo di un supervisore (Direttore della struttura regionale o suo delegato) per il controllo e la certificazione delle attività, e la precisazione che l'attività dello specializzando non è sostitutiva del personale dipendente.

In sintesi, la DGR n. 1013 del 2024 è un esempio concreto di come la Regione del Veneto promuova attivamente la collaborazione con l'Università di Verona, garantendo un ambiente formativo di qualità per gli specializzandi e, al contempo, beneficiando dell'apporto di nuove competenze e innovazione per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali nell'ambito sanitario.

Per maggiori informazioni

Direzione Risorse Umane del SSR

San Polo 2514, 30125 Venezia

risorseumanessr@regione.veneto.it

041 2793434

54.2 OS2 Incentivare la formazione come sviluppo di professionisti competenti rispetto ai bisogni clinico-assistenziali

Nell'ambito del PNRR, la Missione M6, Componente Intervento 2.2 C "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Sub investimento: corso di formazione manageriale" costituisce un'iniziativa strategica finalizzata a potenziare le competenze dei dirigenti e funzionari pubblici impegnati nell'attuazione degli interventi previsti in ambito sanitario dallo stesso PNRR.
Attraverso un percorso strutturato e multidisciplinare, il corso fornisce strumenti operativi per la gestione efficace di progetti complessi, nel rispetto delle scadenze, dei vincoli normativi e degli obiettivi europei. Particolare attenzione è rivolta alla pianificazione, al monitoraggio, alla rendicontazione e alla capacità di affrontare criticità gestionali. Il programma include moduli su governance, appalti, digitalizzazione, sostenibilità e innovazione nella pubblica amministrazione. L'approccio formativo integra teoria e pratica, con casi studio e simulazioni. Il progetto intende rafforzare la cultura della responsabilità e della trasparenza nella gestione delle risorse pubbliche e si propone di contribuire al successo del PNRR, promuovendo una pubblica amministrazione moderna, competente ed efficiente.
A seguito dell'approvazione dello schema dell'Atto d'Obbligo tra la Regione del Veneto e Agenas, in qualità di organismo intermedio e dell'approvazione dell'elenco definitivo dei partecipanti al corso, azioni avvenute entrambe nel 2023, nel corso del 2024 sono state attivate le prime 6 edizioni del corso su un totale di 12 edizioni previste (grafico 1). I professionisti coinvolti nell'anno sono stati complessivamente 177.
La Regione ha rendicontato le attività svolte assicurando il rispetto delle tempistiche previste per l'intero progetto, che proseguirà per tutto il 2025 e si concluderà nel 2026. Il Sub-investimento 2.2.c risulta altresì in correlazione con i seguenti investimenti e sub-investimenti del PNRR:

- investimento 1.2 "Case come primo luogo di cura e telemedicina" della Componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", Missione 6 del PNRR che ha come obiettivo principale il potenziamento dei servizi domiciliari.
- Investimento 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero innovative e tecnologicamente avanzate e il potenziamento del patrimonio digitale delle strutture sanitarie pubbliche".
- Sub-investimento 1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)" della Componente 2 Missione 6.

Grafico 1. Dettaglio delle edizioni del corso

Per maggiori informazioni

Direzione Risorse umane del SSR

San Polo 2514, 30125 Venezia

risorseumanessr@regione.veneto.it

041 2793434

Il volume è stato pubblicato anche sui siti Web:
https://salute.regione.veneto.it/homepage
http://www.ser-veneto.it/

Pubblicazione a cura di:

Azienda Zero - Regione del Veneto
UOC Servizio Epidemiologico Regionale
Via J. Avanzo n. 35 - 35132 Padova
Telefono: 0498778252 - Fax : 0498778235
e-mail: ser@azero.veneto.it

Relazione Socio Sanitaria RSSR 2025